



# **PALIATIVNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE JAKO SOUČÁST PRÁCE VŠEOBECNÉ SESTRY V DOMÁCÍ PÉČI**

## **Bakalářská práce**

*Studijní program:* B5341 – Ošetřovatelství  
*Studijní obor:* 5341R009 – Všeobecná sestra  
*Autor práce:* **Renata Tryhubová**  
*Vedoucí práce:* Mgr. Kateřina Mařanová





# PALLIATIVE NURSING CARE AS A PART OF NURSE'S WORK IN HOME CARE

## Bachelor thesis

*Study programme:* B5341 – Nursing  
*Study branch:* 5341R009 – General Nurse  
*Author:* **Renata Tryhubová**  
*Supervisor:* Mgr. Kateřina Mařanová





**TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI**

**Ústav zdravotnických studií**

**Akademický rok: 2012/2013**

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

**(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)**

**Jméno a příjmení: Renata Tryhubová**  
**Osobní číslo: Z11000060**  
**Studijní program: B5341 Ošetrovatelství**  
**Studijní obor: Všeobecná sestra**  
**Název tématu: Paliativní ošetrovatelská péče jako součást práce všeobecné sestry v domácí péči**  
**Zadávací katedra: Ústav zdravotnických studií**

## Z á s a d y   p r o   v y p r a c o v á n í :

Cíle práce:

1. Zjistit 24 hodinovou dostupnost všeobecných sester ve vybraných agenturách domácí péče v oblasti poskytování paliativní ošetrovatelské péče.
2. Zjistit informovanost všeobecných sester vybraných agentur domácí péče v oblasti poskytování paliativní ošetrovatelské péče.
3. Zjistit, zda jsou praktičtí lékaři a ambulantní specialisté nakloněni k vedení paliativní ošetrovatelské péče v domácím prostředí.
4. Zjistit, zda všeobecné sestry agentur domácí péče věnují pozornost otázkám řešení bolesti u pacientů v terminálním stadiu nemoci.

Teoretická východiska:

Dle dostupných informací v některých odborných člancích nejsou praktičtí lékaři dostatečně informováni o možnostech poskytování paliativní péče v domácím prostředí, proto bývají pacienti v závěru života odesíláni do zdravotnického zařízení. Vážné i předepisování potřebné symptomatické léčby. Standardní domácí péče nemá většinou charakter multiprofesní týmové spolupráce. Většina zařízení home care nemá trvalou dostupnost. Zlepšení péče o pacienty v závěru života předpokládá zlepšení znalostí a dovedností.

Výzkumné otázky:

1. Ve vybraných agenturách domácí péče je rozdílná časová dostupnost poskytování paliativní ošetrovatelské péče.
2. Ve vybraných zkoumaných agenturách domácí péče je rozdílnost ve vzdělání všeobecných sester týkající se domácí, komunitní a paliativní péče.
3. Při potřebě poskytnutí paliativní péče v domácím prostředí je praktický lékař více odhodlán odeslat pacienta do zdravotnického zařízení, než-li ponechat pacienta v domácím prostředí.
4. Bolest pacientů je převážně řešena analgetiky opiátového a neopiátového typu, než aby byli odesláni do centra Léčby bolesti.

Metoda: Kvantitativní

Technika práce, vyhodnocení dat:

2 dotazníky - jeden dotazník pro registrované všeobecné sestry pracující bez odborného dohledu v domácí péči,

- druhý dotazník pro praktické lékaře spolupracující s vybranými agenturami domácí péče,

Vyhodnocení dat: tabulky, grafy a statistické zpracování dat

Místo a čas realizace výzkumu:

Vybrané agentury domácí péče ve Středočeském a Ústeckém kraji, praktičtí lékaři spolupracující s vybranými agenturami domácí péče.

Čas realizace: říjen 2013 - leden 2014

Vzorek:

Vzorek se bude skládat ze 30-50 registrovaných všeobecných sester pracujících v agenturách domácí péče a 30-50 lékařů pracujících v ambulancích praktického lékaře ve Středočeském a Ústeckém kraji.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

**50 - 70 stran**

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**viz příloha**

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Kateřina Mařanová**

Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce:

**31. března 2013**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**30. června 2014**

prof. Dr. Ing. Zdeněk Kůs  
rektor



Mgr. Marie Froňková  
pověřena vedením ústavu

V Liberci dne 28. února 2014



## Příloha zadání bakalářské práce

### Seznam odborné literatury:

- HAŠKOVCOVÁ, Helena. Thanatologie - Nauka o umírání a smrti. 2. přepracované vydání. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie nemoci. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2002. ISBN 80-247-0179-0.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie - Možnosti, které čekají. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3604-4.
- MARKOVÁ, Monika. Sestra a pacient v paliativní péči. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.
- MISCONIOVÁ, Blanka. Management Komplexní domácí péče. 1. vydání. Asociace domácí péče České republiky - Národní centrum domácí péče.
- MISCONIOVÁ, Blanka. Péče o umírající - hospicová péče. Praha: Národní centrum domácí péče České republiky ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví České republiky.
- MITCHELL, Geoffrey. Palliative Care - A patient-centered approach. Oxford: Radcliffe Publishing Ltd, 2008. ISBN 978-1-85775-739-2.
- O'CONNOR, Margaret. Sanchia ARANDA. Paliativní péče -pro sestry všech oborů [Palliative Care Nursing - A Guide to practice]. 1. české vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. ISBN 80-247-1295-4.
- SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA, Jiří VORLÍČEK. Paliativní medicína pro praxi. 1. vydání. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-505-5.
- SLÁMA, Ondřej. KABELKA, Ladislav. ŠPINKOVÁ, Martina. Paliativní péče v ČR v roce 2013. Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně [online]. 12.2.2013 [cit.2013-05-25]. Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/aktualita/paliativni-pece-v-cr-v-roce-2013>.
- THE, Anne-Mei. Paliativní péče a komunikace [Palliative Care and Communication]. 1. vydání. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-24-4.
- VORLÍČEK, Jiří. Zdeněk ADAM. POSPÍŠILOVÁ, Yvona. Paliativní medicína. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. ISBN 80-247-0279-7.

## Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum: 30.4.2014

Podpis: 

**Poděkování:**

Ráda bych tímto poděkovala Mgr. Kateřině Mařanové za pečlivé vedení a cenné připomínky při psaní této bakalářské práce. Zároveň bych ráda poděkovala celé své rodině a blízkým za poskytnutou podporu při studiu.

## **Anotace v českém jazyce**

**Jméno a příjmení autora:** Renata Tryhubová

**Institute:** Technická univerzita v Liberci, Ústav zdravotnických studií

**Název práce:** Paliativní ošetrovatelská péče jako součást práce všeobecné sestry v domácí péči

**Vedoucí práce:** Mgr. Kateřina Mařanová

**Počet stran:** 79

**Počet příloh:** 6

**Rok obhajoby:** 2014

**Souhrn:** Bakalářská práce se zaměřuje na téma „Paliativní ošetrovatelská péče jako součást práce všeobecné sestry v domácí péči“. Práce je rozdělena na část teoretickou a část výzkumnou. Teoretická část se zabývá vysvětlením základních pojmů, jakými jsou např. paliativní péče, domácí péče či bolest a jejich vzájemnými vazbami. Hlavním předmětem výzkumné části bylo zjištění, zda jsou praktičtí lékaři při potřebě poskytnutí paliativní ošetrovatelské péče více odhodláni odeslat pacienta do zdravotnického zařízení, nebo jestli jej raději ponechají v domácím prostředí za pomoci agentury domácí péče. Pro zjištění potřebných informací bylo využito dotazníkového šetření v souboru 48 praktických lékařů a 37 všeobecných sester pracujících ve vybraných agenturách domácí péče. Pro zpracování shromážděných dat bylo využito popisné statistiky. Z výzkumu vyplynulo, že praktičtí lékaři jsou více nakloněni k ponechání pacienta v domácím prostředí. Dále výsledky šetření ukázaly, že praktičtí lékaři raději odesílají pacienty v preterminálním a terminálním stadiu onemocnění do ordinací „Centra léčby bolesti“, než aby jim předepisovali analgetika opiátového a neopiatového typu. Výsledky výzkumu dále potvrdili existenci rozdílné časové dostupnosti agentur domácí péče a rozdílné informovanosti všeobecných sester pracujících v těchto agenturách domácí péče o paliativní péči.

**Klíčová slova:** paliativní ošetrovatelská péče, domácí péče, bolest, preterminální a terminální stadium onemocnění

## **Anotace v anglickém jazyce**

**Name and surname:** Renata Tryhubová

**Institution:** Technical University of Liberec, Institute of Health Studies

**Title:** Palliative nursing care as a part of nurse's work in home care

**Supervisor:** Mgr. Kateřina Mařanová

**Pages:** 79

**Appendix:** 6

**Year:** 2014

**Summary:** The main topic of the Bachelor's Thesis is "Palliative nursing care as a part of nurse's work in home care". The thesis is divided into a theoretical part and research. The theoretical part includes the explanation of basic terms, as for example palliative care, home care or pain, and its interrelations as well. The main research question concerned the practitioners' attitude – are they willing to send the patient with need of palliative care to a medical facility or do they let them stay at home with help from the home care agency? Questionnaires were used for the research. There were 48 practitioners and 37 nurses working for the chosen home care agencies asked. After data processing, the method of descriptive statistics was used. The results of the research show, that the practitioners prefer keeping the patient at home. It was also shown, that the practitioners prefer sending the patients suffering the preterminal and terminal phase of illness into clinics called "Pain treatment centres" instead of prescribing them some painkillers with or without opiate. The results also confirm the existence of different time availabilities of home care agencies and different awareness of palliative care by nurses working at these agencies.

**Key words:** palliative nursing care, home care, pain, preterminal and terminal phase of illness.



## Obsah

Seznam použitých zkratk .....	11
1 Úvod.....	12
2 Teoretická část .....	14
2.1 Potřeby nemocného v závěru života .....	15
2.2 Paliativní péče .....	16
2.2.1 Historie paliativního ošetřovatelství .....	16
2.2.2 Současné přístupy v paliativním ošetřovatelství.....	17
2.2.3 Vymezení pojmu paliativní péče .....	18
2.2.4 Komu je paliativní péče určena .....	20
2.2.5 Systémy poskytování paliativní péče.....	20
2.2.6 Etika paliativního ošetřovatelství.....	22
2.2.7 Právní aspekty paliativního ošetřovatelství .....	22
2.3 Domácí péče.....	23
2.3.1 Historie domácí péče .....	23
2.3.2 Současnost domácí hospicové péče .....	25
2.3.3 Vymezení pojmu domácí péče.....	26
2.3.4 Komu je domácí péče určena.....	27
2.3.5 Druhy domácí péče .....	27
2.4 Bolest.....	29
2.4.1 Klasifikace bolesti.....	29
2.4.2 Hodnocení bolesti .....	30
2.4.3 Bolest v paliativní péči a její léčba .....	30
3 Výzkumná část.....	32
3.1 Hlavní cíle výzkumu .....	32
3.2 Dílčí cíle výzkumu .....	32
3.3 Výzkumné otázky a hypotézy .....	32

3.4	Metodika .....	33
3.4.1	Charakteristika vzorku respondentů .....	33
3.4.2	Charakteristika dotazníku pro praktické lékaře .....	34
3.4.3	Charakteristika dotazníku pro všeobecné sestry .....	35
3.5	Analýza dotazníkových položek – praktičtí lékaři .....	36
3.6	Analýza dotazníkových položek – všeobecné sestry .....	45
4	Analýza dat vztahujících se k výzkumným otázkám a hypotézám .....	55
4.1	Ověřování hypotéz .....	55
4.2	Výzkumná otázka č. 1 .....	56
4.3	Výzkumná otázka č. 2 .....	58
4.4	Výzkumná otázka č. 3 .....	61
4.5	Výzkumná otázka č. 4 .....	63
4.6	Doplňující výzkumná otázka č. 5 .....	65
5	Diskuze .....	67
6	Návrh doporučení pro praxi .....	74
7	Závěr .....	75
	Seznam bibliografických citací .....	76
	Seznam příloh .....	79
	Seznam tabulek .....	80
	Seznam grafů .....	81
	Přílohy .....	82

## Seznam použitých zkratk

A kol.	a kolektiv
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome/Syndrom získaného selhání imunity
Apod.	a podobně
Atd.	a tak dále
Č.	číslo
ČR	Česká republika
EAPC	European Association for Palliative Care/Evropská asociace pro paliativní péči
EKG	elektrokardiogram
H	pracovní hypotéza
$H_0$	nulová hypotéza
$H_a$	alternativní hypotéza
HIV	Human Immunodeficiency Virus/Virus lidské imunitní nedostatečnosti
I.v.	intravenózně
Např.	například
S.	strana
Stol.	století
Tj.	tj.
Tzv.	tak zvaný
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
VAS	Vizuální analogová škála
WHO	World Health Organization/Světová zdravotnická organizace

# 1 Úvod

Téma bakalářské práce je zaměřeno na paliativní ošetrovatelskou péči poskytovanou v domácím prostředí, neboť se jedná o téma, které by mělo naši společnost více zajímat. Otázka paliativní péče představuje velmi citlivou oblast. Ne každý z nás si dokáže představit, co pojem paliativní vůbec znamená. Většina z nás si jej spojí s umíráním a se smrtí, které k tomu bezesporu patří, ale že význam tohoto slova má daleko hlubší podtext, ví jen málokdo. Díky paliativní ošetrovatelské péči je dle názoru veřejnosti možné prožít závěr života důstojněji. Stále více lidí v dnešní době uvítá, když může strávit poslední chvílky svého života ve svém domově. Vzhledem k tomu, že se už několik let pohybuji jako všeobecná sestra v domácí péči, měla jsem tedy i tu možnost se setkat s umírajícími pacienty v domácím prostředí.

Hlavním cílem paliativní péče je zlepšení kvality života nevyléčitelně nemocných. Péče, kterou bychom těmto lidem měli věnovat, se zabývá otázkami ošetrovatelské péče po stránce tělesné, duševní, sociální i duchovní. Jedná se o komplexní bio-psycho-sociálně-spirituální přístup, který v ošetrovatelství vychází z filozofického směru holismu. Péče o nemocného člověka je vedena interdisciplinárně. K interdisciplinárnímu přístupu je potřeba nejen zkušených a atestovaných lékařů různých specializací, všeobecných sester, ale i ostatních přidružených profesí, jako jsou např. psychologové, psychiatři, sociální pracovníci, fyzioterapeuti, duchovní (Kupka, 2011).

Z informací dostupných v odborných periodikách vyplývá, že praktičtí lékaři nejsou dostatečně informováni o možnostech poskytování paliativní péče v domácím prostředí, proto bývají pacienti v závěru života odesíláni někdy zcela zbytečně do zdravotnických zařízení. Zároveň vážne i předepisování potřebné symptomatické léčby.

Předkládaná práce by tedy měla odpovědět na otázku, zda jsou praktičtí lékaři a ambulantní specialisté nakloněni k vedení paliativní ošetrovatelské péče v domácím prostředí. Současně dle dostupných informací vyplývá, že standardní domácí péče v ČR většinou nemá charakter multiprofesní týmové spolupráce, která je potřebná ke kvalitnímu poskytnutí paliativní ošetrovatelské péče. Zároveň zařízení home care nemají trvalou dostupnost, proto je dalším cílem této práce zjištění 24 hodinové dostupnosti všeobecných sester ve vybraných agenturách domácí péče v oblasti poskytování paliativní ošetrovatelské péče, zjištění informovanosti všeobecných sester

v oblasti poskytování paliativní ošetrovatelské péče a v neposlední řadě také zjištění, zda všeobecné sestry věnují pozornost otázkám řešení bolesti v domácí péči u pacientů v terminálním stadiu nemoci.

Předkládaná bakalářská práce je členěna na dvě hlavní části, část teoretickou a část výzkumnou. Část teoretická se zabývá charakteristikou paliativní péče, domácí péče a bolesti. Výzkumná část práce je zaměřena na popis cílů výzkumu, stanovení hypotéz, metodiky, organizaci výzkumu a interpretaci výsledků kvantitativního výzkumu.

## 2 Teoretická část

Z průzkumů Kabelky, Slámy a Mišoňové vyplývá, že stále více nemocných by si přálo prožít závěr svého života v domácím prostředí mezi svými nejbližšími. Domov pro ně totiž bývá místem nejdražším, ke kterému je pojí silné emoční pouto, zároveň zde mají nastaven svůj denní režim a pokud jim to jejich zdravotní stav alespoň trochu dovolí, mohou rozhodovat o dalším průběhu svého života, i přes jejich závažné onemocnění. Prožítí závěru života v domácím prostředí je v dnešní době umožněno pouze menší části nemocných. Příčinou například bývají vysoké nároky na ošetrovatelskou péči z hlediska finančního i časového, nedostupnost služeb typu home care, narušení denního režimu rodiny při péči o člena v preterminálním a terminálním stadiu nemoci. Rodina se zpravidla potýká s vysokou vyčerpávaností svých členů, rovněž může bydlet na „jiném konci republiky“ a podobně. Často pro ně bývá časově náročné propojení běžných pracovních činností s péčí o nevléčitelně nemocného člena rodiny. V ošetrovatelské péči v domácím prostředí se počítá s praktickou pomocí příbuzných pacienta. Ti, pokud se dle svých možností mohou aktivně podílet na ošetrovatelské péči, využívají pomoci agentur domácí péče a pečovatelských služeb (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2007).

V období nemoci, zvláště závažné, bývá člověk úzkostlivější, citlivější, stává se méně soběstačným, a proto je potřeba mu věnovat více času. Tato problematika je příhodně vystižena v následujícím textu.

*„Závěr pozemského života člověk spojuje s vědomím blížící se smrti. A již zde musíme přiznat, že nikdo nezná a nemůže znát svůj okamžik smrti. Ten je pro každého zahalen velkým tajemstvím. Někdy smrt přijde bez konkrétního varování, nečekaně, jako blesk z čistého nebe.“* (Sláma, Drbal, Plátová, 2008, s. 8)

Žádný nemocný člověk, který se ocitá na sklonku svého života, není schopen odhadnout, jak dlouhý život ho ještě čeká, a proto v tomto období prochází těžkou zkouškou, na kterou se nelze nijak připravit. Před svým okolím se snaží „maskovat a schovávat“ své problémy, zdravotní potíže a především i bolesti, které nebývají mnohdy příjemné. Má strach přiznat svému okolí své pocity bezmoci, ohrožení, nejistotu ze samotné smrti. Nerad by svým blízkým přiděloval starosti. Takový člověk, i když to nevysloví, netrpělivě čeká na pomoc od svého okolí. V této chvíli je důležité si hned v prvních chvílích uvědomit, že nemocný člověk nepotřebuje pouze péči lékařskou, ale důležitá je i péče sociální, etická, duchovní, psychologická a ekonomická (Holeksová, 2002; Sláma, Drbal, Plátová, 2008).

## 2.1 Potřeby nemocného v závěru života

Při ošetrování nemocného se vychází z několika pilířů v péči, kterou nemocný člověk potřebuje. Do jednoho z nich se řadí zajištění odborné lékařské a ošetrovatelské péče, neboť právě hned z počátku je potřeba si připustit, že nemocný člověk při své nemoci má celou řadu potíží a symptomů, jako např. bolest, nevolnost, slabost, dušnost či deprese apod., které ho obtěžují a na které je zapotřebí s náležitou profesionalitou reagovat a maximálním možným způsobem je zmírnit, respektive jim předcházet s cílem zajistit co možná „nejpříjemnější kvalitu zbytku života.“ Opravdový vztah k druhému se považuje za další pilíř, na kterém je postavena služba nemocným. Neopomenutelným se samozřejmě stává i respekt, tolerance a opravdová láska. S potřebou lásky bývá spojována důvěra, která nám dává pocit jistoty a bezpečí. Otevřená komunikace, odpuštění a smíření patří mezi další nepostradatelné prvky v naší ošetrovatelské péči, které nesmí být opomíjeny, neboť právě to je to, po čem nesmírně touží většina lidí, pokud cítí, že jejich život se postupně začíná naplňovat. Jedinečnost lidské bytosti a její vztah k životním potřebám vystihuje holistický přístup. Jedním z představitelů holistické teorie byl Abraham Maslow. Popisuje existenci specifických potřeb jako motivačních sil, jež uspořádal do hierarchie potřeb. Do těchto potřeb zařazujeme potřeby fyziologické, potřeby bezpečí, afiliace, uznání a seberealizace. V hierarchickém systému jsou organizovány podle své naléhavosti (Sláma, Drbal, Plátová, 2008; Šamánková a kol. 2011).

*„Člověk se mnohokrát nezachová, jak by měl. Nedělá jen dobro, páchá i zlo. Miluje, ale i nenávidí. Naštěstí opravné opatření existuje. Jmenuje se lítost.“* (Svatošová, 2012, s. 49) S lítostí se setkávají umírající často a při tom je doprovází i výčitky svědomí. Autorka Svatošová ve své knize uvádí, že pacientovy duchovní potřeby stojí v popředí a stávají se jeho prioritou. Nemocný člověk cítí potřebu umírat s pocitem odpuštění všem, jež mu někdy ublížili. Ještě těžším krokem je odpustit sám sobě anebo umět o odpuštění požádat. Pro pečující je tedy úkolem pomoci. Proto, bude-li pacient potřebovat vyřešit záležitosti tohoto druhu, je nutné přivolat toho, koho v dané chvíli potřebuje. Může se jednat o jeho nejbližší, jindy je zase zapotřebí duchovního, nezřídka i psychologa (Svatošová, 2012).

## **2.2 Paliativní péče**

Paliativní péče představuje aktivní péči poskytovanou pacientům, kteří trpí nevyлéčitelnou chorobou v pokročilém či dokonce konečném stádiu, přičemž tuto péči využívají všechny obory lékařství. Jedním z podporovatelů paliativní medicíny je i Světová zdravotnická organizace, která o paliativní péči konstatuje, že se jedná o péči podporující život a považující umírání za normální proces. Dále tvrdí, že paliativní péče nemá ani urychlovat, ani oddalovat smrt a měla by poskytovat úlevu od bolesti či jiných svízelných symptomů. Navíc podle Světové zdravotnické organizace paliativní péče začleňuje do péče o pacienty i psychické a duchovní aspekty a vytváří jakýsi podpůrný systém, který pomáhá rodině vyrovnat se s pacientovou nemocí a zármutkem po jeho smrti (Kupka, 2011; Skála, Sláma a kol., 2011).

### **2.2.1 Historie paliativního ošetrovatelství**

V knize *Sestra a pacient v paliativní péči* Marková uvádí, že paliativní péče je vlastně nejstarší formou medicíny vůbec. Po dlouhá staletí bylo mírnění utrpení a vedení k dobré smrti hlavním posláním tehdejších domácích lékařů a ošetrovatelek. To vše za pomoci rodiny a nejbližších příbuzných probíhalo v domácím prostředí nemocného. Už tehdy se mohlo mluvit o multidisciplinární péči (Marková, 2010).

Z historického hlediska rozlišujeme 3 vývojové linie ošetrovatelství – tři hlavní směry v péči o nemocného. Laická péče je tvořena tradičním systémem ošetrování, kde člověk pečuje o sebe, rodinu. Charitativní ošetrovatelství představuje ošetrování nemocných, uspokojování základních potřeb vycházejících z náboženského přesvědčení a poslední linií je profesionální ošetrovatelství (Plevová a kol., 2011).

Historie paliativní péče se datuje již do dob antiky, o čemž svědčí některé historické prameny. Tato péče byla poskytována především pacientům s nádory. Její zaměření bylo multidisciplinární, tj. péči poskytovali nejen lékaři, ale i zdravotní sestry, duchovní, jeptišky, členové rodiny, ale i laici. Počátky charitativního a řádového ošetrovatelství sahají do raného středověku doprovázeného šířením křesťanství. Významným mezníkem v moderní paliativní léčbě bylo v 70. letech 20. stol. ve Velké Británii ustanovení pěti zásad, mezi které patřilo založení oddělení paliativní medicíny, rozvoj multidisciplinární domácí paliativní péče, založení paliativních hospicových oddělení v nemocnicích, konzultační služby v nemocnicích a důraz se kladl i na výuku



lékařů, sester a dalších zdravotnických pracovníků. Mezníkem v historii paliativní péče bylo otevření St. Christopher's Hospice v Londýně Dr. Cicely Saundersovou v roce 1967. Jednalo se o první dostupný hospic, který prováděl komplexní multidisciplinární paliativní péči. V naší republice se zájem o paliativní medicínu rozšířil až po roce 1989. První oddělení paliativní péče bylo otevřeno v roce 1992 v nemocnici v Babicích nad Svitavou. Řada lékařů a sester navštěvovala zahraniční pracoviště, kde získávala teoretické znalosti i praktické dovednosti. Se získáním dalších zkušeností v oboru bylo v 90. letech 20. století vybudováno několik hospiců. Prvním z nich byl Hospic Anežky České v Červeném Kostelci v roce 1995. Ve Fakultní nemocnici Brno působí od roku 2001 specializovaná ambulance paliativní medicíny v rámci Oddělení léčby bolesti (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004; Plevová a kol., 2011).

### **2.2.2 Současné přístupy v paliativním ošetřovatelství**

Česká republika s populací zhruba 10,5 milionů lidí patří mezi rozvinuté, relativně bohaté země Evropy. Umírá zde zhruba okolo 105 000 lidí ročně, z toho 25% na zhoubné nádory, 50% na nemoci oběhové soustavy a zbylých 25% na ostatní onemocnění.

U velké části onemocnění pacienta limituje samotná nemoc a způsobuje mu velké problémy. Onemocnění nereaguje na kurativní léčbu. Kromě léčby na základní onemocnění pacienti potřebují určitou formu paliativní péče. Týká se to přibližně 60 000 až 70 000 pacientů v chronickém stadiu nevyléčitelné nemoci. V současné době však není mezi odbornou veřejností a dalšími tvůrci zdravotní politiky dosaženo shody, jakou péči by tito pacienti potřebovali. V systému zdravotní a sociální péče České republiky v roce 2013 nejsou vytvořeny náležité podmínky k tomu, aby mohla být kvalitní paliativní péče pro potřebnou skupinu nemocných dostupná. Statistický výzkum uvádí, že v České republice umírá 60% lidí v nemocnicích, 9% umírá v nemocnicích pro dlouhodobou péči a ve 20% případů dochází k úmrtím v domácím prostředí – z toho 5 - 10% je úmrtí očekávaných (Sláma, Kabelka, Špinková, 2013).

Dostupné informace z odborných článků poukazují na to, že praktičtí lékaři nejsou dostatečně vzděláni v oblasti paliativní péče a v závěru života pacienta nejsou dostatečně ochotni a schopni vést a koordinovat péči. Často vázne i předepisování symptomatické léčby, pod kterou si můžeme představit předepisování opiodních analgetik, antiemetik, důležité infuzní terapie, při které je pacientovi poskytnuta dostatečná parenterální hydratace apod. V závěru života bývá většina pacientů odesílána

do zdravotnického zařízení, aniž by jim byla poskytnuta možnost důstojného odchodu v kruhu svých nejbližších. Přestože v České republice existuje poměrně hustá síť agentur domácí péče poskytující ošetrovatelskou péči na základě indikace praktického lékaře, jen nevelká část těchto agentur se soustředí na péči o pacienty v preterminálním a terminálním stadiu onemocnění. Důvodem by mohla být skutečnost, že většina těchto agentur nemá charakter multiprofesní týmové spolupráce. Ošetřující lékař není součástí týmu, jeho návštěvy u pacientů bývají většinou pouze v ordinací době, tudíž návštěvy mimo pracovní dobu, hlavně v noci bývají takřka nemožné (Sláma, Kabelka, Špinková, 2013).

Důležitá je zde i otázka dostupnosti péče agentur. Většina agentur domácí péče nemá trvalou dostupnost, což znamená dostupnost 24 hodin denně a 7 dní v týdnu. Do specializované paliativní péče patří lůžkové hospice a oddělení paliativní péče, ambulantní paliativní péče, domácí hospicová péče a mobilní specializovaná paliativní péče. Lůžkové hospice bývají většinou nestátní zdravotnická zařízení existující samostatně. Financování těchto hospiců bývá vícezdrojové. Přes 50% celkových nákladů pokrývá veřejné zdravotní pojištění, část nákladů pokrývají příspěvky na péči a dotace na sociální péči, něco je potřeba zajistit z darů a sbírek. V současné době je v České republice 16 hospiců a 2 oddělení paliativní péče s celkovou kapacitou 460 lůžek. V současnosti působí v České republice 90 ordinací „Centra léčby bolesti“<sup>1</sup> pečující o pacienty s chronickými bolestmi, ale komplexní paliativní péči se nezabývají. V Brně a v Hradci Králové v onkologickém centru působí ambulance paliativní onkologie (Sláma, Kabelka, Špinková, 2013).

### **2.2.3 Vymezení pojmu paliativní péče**

Spousta z nás si plete paliativní péči s péčí terminální. Uspokojující definice paliativní péče v současné době zřejmě neexistuje. V literatuře najdeme hned několik definic paliativní péče. Ve Velké Británii se pod pojmem paliativní péče chápe taková léčba a péče, kdy už nemoc nereaguje na kurativní léčbu, přičemž důležitou součástí této léčby je léčba bolesti a dalších příznaků spolu s řešením problémů sociálních, psychologických a duchovních. Tato definice pochází z roku 1987. Světová zdravotnická organizace v roce 1990 vymezila paliativní péči jako přístup usilující o zlepšení kvality života pacientů, vystaveným problémům ohrožující jeho život.

---

<sup>1</sup> Seznam ordinací „Centra léčby bolesti“ ve Středočeském a Ústeckém kraji je součástí přílohy č. 1.

Zároveň se zde uvádí, že je důležité včasné rozpoznání, zhodnocení a opět jako v předchozí definici léčba bolesti a ostatních psychosociálních, tělesných a duchovních problémů (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004).

V publikaci Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci, je paliativní péče charakterizovaná jako aktivní péče o klienta trpícího nevléčitelnou nemocí v pokročilém nebo konečném stadiu. Tato péče se opět zaměřuje na zmírnění bolesti a dalšího tělesného a duševního strádání. Důležitost je kladena zejména na poskytnutí důstojné péče pacientovi a poskytnutí podpory a pomoci jeho blízkým. Paliativní péče v této oblasti nabízí všestrannou podporu blízkým a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka (Skála, Sláma a kol., 2011).

Haškovcová v knize Thanatologie charakterizuje paliativní péči jako péči poskytovanou nemocným v inkurativním a progredujícím stavu, jejichž potřeby jsou specifické, a zároveň paliativní přístup důsledně respektuje potřeby umírajících, neboť jejich potřeby se výrazně liší od potřeb nemocných s příznivou prognózou. Paliativní péče je koordinovaným programem nejen odborných, ale i podpůrných služeb prováděných např. v hospici, dalších institucích nebo doma. Péče probíhá za pomoci agentur home care. Z této charakteristiky je tak patrné, že se definice dle Haškovcové téměř shoduje s charakteristikou paliativní péče uvedenou výše. Zároveň se v této knize uvádí, že paliativní medicína se dá také nazvat medicínou útěšnou, která představuje ucelený a nadějný systém při pomoci umírajícím a jejich rodinám. Nachází se zde i vysvětlení slova pallium, jež je odvozeno z latinského jazyka a znamená „plášť“ nebo „obal“ a v kombinaci se slovem péče znamená poskytnutí „pomyslného ochranného pláště“ nemocnému v extrémně nepříznivých situacích hrozícího vlastního zániku (Haškovcová, 2007).

Shrnutím definic jednotlivých autorů vyplynou společné znaky charakterizující paliativní ošetrovatelskou péči:

- je poskytována pacientům trpícím nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stadiu, kdy nemoc již nereaguje na kurativní léčbu,
- vychází z potřeb a přání pacientů,
- pomáhá nejenom pacientům, ale i jeho příbuzným a známým.

#### **2.2.4 Komu je paliativní péče určena**

*„Paliativní péče se neomezuje na předem definované lékařské diagnózy, ale měla by být k dispozici všem pacientům s život ohrožujícím onemocněním.“* (Radbruch, Payne, správní rada EAPC, 2010, s. 29)

V knize Standardy a normy hospicové péče se uvádí, že paliativní péče je vhodná pro každého nemocného a jeho rodinu, kdy je nemocný ohrožen na životě a hrozí zde riziko rozvoje onemocnění. Samozřejmě se zde ale vyžaduje souhlas rodiny a nemocného přijímat paliativní péči. Podle knihy Paliativní medicína pro praxi mohou mít prospěch z paliativní péče pacienti, kteří patří do některé z diagnostických skupin, jako jsou například nádorová onemocnění, konečná stadia chronického srdečního selhání, chronické obstrukční plicní nemoci, jaterní cirhózy, onemocnění ledvin. Další diagnostickou skupinou onemocnění jsou neurologická onemocnění typu demence, roztroušené sklerózy, imobilizační syndromy po cévních mozkových příhodách, konečná stadia AIDS, pacienti v perzistentním vegetativním stavu, ale i polymorbidní geriatrickí pacienti (Radbruch, Payne, správní rada EAPC, 2010; Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2007).

#### **2.2.5 Systémy poskytování paliativní péče**

Paliativní péče může být poskytována nejméně ve dvou úrovních. Dvoustupňový systém se někdy dále dělí na stupně tři: paliativní přístup, obecná paliativní péče a specializovaná paliativní péče. Paliativní přístup je způsob, jak integrovat různé metody a postupy paliativní péče do prostředí, která nejsou specializovaná pro paliativní péči. Zahrnuje farmakologická a nefarmakologická opatření ke ztlumení příznaků, zahrnuje komunikaci s pacientem, rodinou a ostatními zdravotníky. Tento přístup by měl být součástí běžné péče praktických lékařů, personálu nemocnic a agentur domácí péče (Radbruch, Payne, správní rada EAPC, 2010; Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2007).

Obecná paliativní péče je poskytována zdravotnickým personálem a specialisty, jež mají dobré teoretické vědomosti a praktické dovednosti v oblasti poskytování paliativní péče. Léčí pacienty s onemocněním, které je ohrožuje na životě. V knize Paliativní medicína pro praxi se uvádí, že obecnou paliativní péčí se označuje dobrá klinická péče o pacienta v situaci pokročilého onemocnění. Součástí je důraz na komunikaci mezi pacientem a jeho rodinou. Péče se orientuje na kvalitu života, důležitá je zde i účinná léčba symptomů nemoci a psychosociální podpora. Péči by měli tedy poskytovat lékaři

všech odborností v rámci své rutinní klinické praxe, aniž by tato činnost nesla nálepku „paliativní“ (Radbruch, Payne, správní rada EAPC, 2010; Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2007).

Vzhledem k tomu, že už byl vysvětlen pojem obecná paliativní péče, je zapotřebí doplnit a objasnit pojem specializovaná paliativní péče. Specializovanou paliativní péčí se rozumí ta, která je poskytována ve specializovaných institucích pacientům s komplexními problémy, neboť tyto problémy nejsou v dostatečné míře řešitelné v jiných zdravotnických zařízeních. Služby poskytované při specializované paliativní péči vyžadují týmový přístup, jenž spojuje různé profese s interdisciplinárním způsobem práce.

*„Členové týmu musejí být vysoce kvalifikovaní a paliativní péče by měla být jejich hlavním profesionálním zaměřením. Poskytování specializované paliativní péče musí být prováděno profesionály v oblasti paliativní péče, kteří absolvovali uznávaný výcvik a vzdělání v oblasti specializované paliativní péče.“* (Radbruch, Payne, správní rada EAPC, 2010, s. 28)

Mezi základní organizační formy specializované paliativní péče patří zařízení domácí paliativní péče poskytující specializovanou paliativní péči v domácím prostředí pacientů formou návštěv lékaře - specialisty, všeobecných sester, ošetřovatelů, dobrovolníků a dalších členů hospicového týmu. Dostupnost péče by měla být 24 hodin, 7 dní v týdnu. Specializovaná paliativní péče je poskytována pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří jsou v oblasti paliativní péče speciálně vzděláni a disponují potřebnými zkušenostmi. Přechod mezi obecnou a specializovanou paliativní péčí by měl být plynulý (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2007).

Další formou je lůžkový hospic, což bývá samostatně stojící lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči především pacientům v preterminální a terminální fázi onemocnění. Klade se důraz na individuální potřeby a přání nemocného. Konziliární tým paliativní péče tvoří další formu v rámci zdravotnického zařízení a přináší interdisciplinární znalosti z oblasti paliativní medicíny do lůžkového zařízení dlouhodobé péče. Oddělení paliativní péče v rámci jiných zdravotnických zařízení pečuje o takové nemocné, kteří potřebují komplexní paliativní péči, ale současně potřebují pro diagnostiku a léčbu využití i ostatních služeb a komplementu nemocnice (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2007).

Mobilní hospic – další forma paliativního ošetřovatelství – nabízí služby lékaře, všeobecných sester, sociálního pracovníka, psychologa a v případě potřeby a zájmu i duchovního při péči o pacienta v preterminálním a terminálním stadiu onemocnění v jeho přirozeném prostředí (Charita Česká republika, 2014).

### 2.2.6 Etika paliativního ošetřovatelství

Mezi základní etické principy paliativní péče patří autonomie, informovanost pacienta, beneficence, nonmaleficence, spravedlnost, eutanazie, asistované suicidium a odstoupení od neúčinné, neužitečné léčby. Nedílnou součástí filozofie o člověku je přesvědčení, že každý z nás jsme zodpovědný za své zdraví a rozhodování o našem zdraví. Autonomie jedince se může projevit na různých úrovních – aktuální přání, ale i životní preference, které jsou známy dopředu. Přání, která jsou řečena dopředu (dokud nemá pacient ještě sníženou schopnost racionálního uvažování), jsou ponechána individuálnímu rozhodnutí lékaře, morálně však je doporučeno vyhovět, pokud to není v rozporu s postupem lege artis. Pro pacientovo racionální rozhodování je důležité, aby měl dostatek informací o svém zdravotním stavu. Má právo být plně informován, ale také má právo tuto informaci odmítnout. Má právo uvést, komu mohou být poskytnuty informace o jeho zdravotním stavu, popřípadě komu informace nesmíme poskytnout. Pojem beneficence je chápán závazek lékaře, aby pro pacienta udělal vše, co je pro něj prospěšné. Nonmaleficence znamená neškodit a nedovolit uškodit pacientovi (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2007).

Častým etickým problémem v dnešní době bývá otázka eutanazie. Ve většině evropských států je eutanazie trestným činem, mezi ně patří i Česká republika. Výjimkou jsou např. Nizozemsko a Belgie. Podobná kritéria platí i pro asistované suicidium. Jako jediný postup, který je v české legislativě přípustný, je odstoupení od neúčinné, neužitečné léčby. Jedná se o nenasazení nebo opuštění takových postupů, které pacientovi nepřinášejí žádný užitek a jsou pro něj fyzicky i psychicky náročné (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2007).

### 2.2.7 Právní aspekty paliativního ošetřovatelství

Pro paliativní péči platí stejné právní předpisy jako pro všechny oblasti zdravotní péče. Péče by měla být poskytována v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, tedy lege artis.

*„Co je postup lege artis v péči o terminálně nemocné:*

- vychází z dostupných poznatků lékařské vědy, především paliativní medicíny,
- léčebná rozhodnutí jsou dělána společně a se souhlasem dobře informovaného pacienta,
- všechna léčebná rozhodnutí jsou řádně zaznamenána ve zdravotnické dokumentaci.“ (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2007, s. 327)

Zdravotní péče, která je poskytována pacientům v pokročilých stádiích onemocnění, má svá určitá specifika. Je zde bráno na zřetel, že onemocnění má nevyléčitelný charakter a smrt je považována za přirozené ukončení choroby. V závěru života je cílem paliativní péče důstojné a klidné umírání. Zapojení pacienta při rozhodování o jeho zdravotním stavu je chápáno jako příležitost posunout úroveň komunikace na kvalitativně vyšší úroveň. Zákon ani zásady lékařské etiky neukládají lékařům povinnost provádět diagnostické a jiné postupy, o kterých je přesvědčen, že pacientovi nejsou prospěšné nebo jsou přímo škodlivé, a to, ani když je pacient vysloveně vyžaduje. Taková rozhodnutí jsou často komplikovaná z hlediska etického, klinického i právního (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2007).

## 2.3 Domácí péče

*„Nárok na poskytování domácí péče má každý občan České republiky, jehož ošetřující lékař po zhodnocení celkového zdravotního stavu a stavu vlastního sociálního prostředí klienta rozhodne o poskytování domácí péče.“* (Misconiová, 2006)

V dnešní době nám úroveň současné vědy a pokrok medicíny umožňuje pečovat o své rodinné příslušníky v domácím prostředí. Je prokázáno, že psychická pohoda člověka má velký vliv na uzdravování téměř u všech forem onemocnění. A domácí prostředí je pro samotného člověka tím nejlepším místem, kde bude chtít pečovat o své zdraví za pomoci svých rodinných příslušníků a za odborné péče všeobecných sester, sester specialistek i rehabilitačních pracovníků. Je důležité, aby byla péče poskytována na vysoké úrovni, proto je potřeba mít zkušené zdravotnické pracovníky (Misconiová, 1998).

Domácí péče je od roku 1990 součástí moderního systému zdravotní a sociální péče v České republice. Domácí péče je ročně poskytována statisícům pacientů<sup>2</sup> všech věkových kategorií na základě rozhodnutí ošetřujícího lékaře. Jedná se o pacienty, kteří by bez existence domácí péče museli být hospitalizováni (Misconiová, 2006).

### 2.3.1 Historie domácí péče

Národní centrum domácí péče na svých webových stránkách uvádí, že moderní koncept domácí péče byl zahájen v roce 1859 v Liverpoolu panem Williamem Rathbonem,

---

<sup>2</sup> Například v roce 2011 využilo služeb domácí péče 147 tis. pacientů.

kdy jeho žena umírala na zhoubnou chorobu. Při této příležitosti přišel na myšlenku domácí péče a spolu s Florence Nightingalovou založil první školu pro sestry, které poskytovaly péči nemocným, potřebným a chudým. V roce 1885 byla na území Spojených států amerických založena organizace sester v domácí péči. V rámci celé Evropy dochází také koncem 19. století k rozvoji domácí péče, která je v průběhu dvou světových válek zatlačena do defenzívy díky hromadění klientů v lůžkových zařízeních. Pouze v Holandsku zůstávají věrni tradičnímu systému domácí péče. Návrat k myšlence na vytvoření domácí péče dochází v Evropě na počátku 70. let 20. století, kdy jednotlivé zdravotnické systémy začínají spotřebovávat velké podíly ze státních rozpočtů. Co se týká české formy domácí péče, tak ta má hluboké historické kořeny.

*„Služba potřebným v rodinách i špitálech byla výsadou řeholních řádů, v Českých zemích to byly například již v počátku dvanáctého století Řád svatého ducha, Johanitky, Alžbětinky, Milosrdní bratři, Křižovníci s červenou hvězdou a Klaristky.“ (Misconiová, 2006)*

Velice se osvědčil způsob péče v období první republiky, jež v oblasti domácí péče začal realizovat Československý červený kříž ve spolupráci s městem Prahou a Ústřední sociální pojišťovnou. Ze všeobecných sester působících v domácí péči, se staly sestry geriatrické pracující na obvodních střediscích. Po Sametové revoluci v roce 1989 došlo k návratu k demokratickým principům. Cesta od „socialismu“ umožnila vytvoření nových myšlenek. V říjnu roku 1991 se ve francouzském Strasburgu konal první evropský kongres domácí péče, kde se mezi stovkami účastnic našly i dvě účastnice z České republiky. Tento kongres se stal odrazem pro spuštění propagace domácí péče na území České republiky a dle ohlasu na kampaň v roce 1993 i na území Slovenské republiky. V roce 1996 byla Česká republika reprezentována na I. Světovém kongresu domácí péče Asociace České republiky, která je jednou ze 7 zakládajících organizací Světové organizace domácí a hospicové péče se sídlem ve Washingtonu D.C. Domácí péče se stala symbolem lidské vzájemnosti, profesionality, lásky a pomoci. *„Domácí péče je i symbolem návratu naší společnosti k tradicím našich předků.“ (Misconiová, 2006)*

Na webových stránkách Asociace domácí péče se uvádí, že domácí péče nemá v Evropě jednotný vývoj. Ten byl úzce spjatý s naléhavou potřebou vytvoření systému komplexní zdravotní a sociální péče o klienty. Domácí zdravotní péče byla v Evropě spojována s primární péčí, což znamenalo s péčí v rámci rodiny, anebo také za přispění dobrovolníků nebo církevních organizací. Přesto ale zůstává důležitým poznatkem, že rodina a nejbližší příbuzní zůstávají základním pilířem v péči o staré lidi nebo



invalidní klienty. V průběhu dvacátého století se nemocnice a instituce s velkou kapacitou staly dominantní formou poskytování zdravotní pomoci široké veřejnosti, včetně seniorů, dětí, mentálně postižených i invalidních lidí. V průběhu padesátých let narůstala kritika ze stran profesionálů, ale i samotných klientů. Už od šedesátých let vznikaly první pokusy o snížení dlouhodobé hospitalizace seniorů a dětí v nemocnicích. Postupně se zdokonalovalo poskytování domácí zdravotní péče, která byla chápána jako alternativní nebo náhradní zdravotní péče. Hlavním cílem bylo uznání důležité role rodiny a nezbytného zapojení do ošetrovatelské péče. Celý proces se v Evropě odehrál v různých časových obdobích. „*V bývalých post-komunistických státech byl jev institucionalizace – obecně platnou formou poskytování péče až do počátku roku 1990.*“ (Asociace domácí péče ČR o.s., 2013)

### **2.3.2 Současnost domácí hospicové péče**

Z průzkumu, který uvedla agentura STEM-MARK v letech 2011 a 2013 vyplývá, že většina lidí si přeje opravdu strávit závěr života ve svém sociálním prostředí. V České republice nastává pouze kolem 20% všech úmrtí v domácím prostředí. Prožití závěru života doma je dnes umožněno díky dostupnosti domácí hospicové péče. Ta je jednou z organizačních forem paliativní péče. Data o domácí hospicové péči sbírá Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR) od roku 2002. Nikde však není uvedeno, jaké „parametry“ by měla tato péče splňovat. Pro koncepční rozvoj této specifické služby by mělo dojít ke sjednocení terminologie, zejména v oblasti péče o pacienty v závěru života. Od roku 2002 až do roku 2008 byl sledován rostoucí počet pacientů, kterým byla poskytnuta domácí hospicová péče. V roce 2008 byla domácí hospicová péče poskytnuta 10 586 pacientům, což bylo více než 50% pacientů, kteří zemřeli v domácím prostředí. V roce 2012 došlo k úmrtí v domácím prostředí u 22 676 pacientů, a z toho byla 7 367 pacientům poskytnuta domácí hospicová péče (tedy zhruba 32% pacientů, kteří zemřeli v domácím prostředí). Obecně lze říci, že v posledních 5 letech narůstá počet úmrtí na chronická onemocnění a počet úmrtí v domácím prostředí, ale významně poklesl počet pacientů v domácí hospicové péči. Je zde domněnka, že se spíše jedná o pokles způsobený proměnlivou praxí vykazování domácí hospicové péče ze strany pracovišť domácí zdravotní péče než o pokles dostupnosti zdravotní péče o pacienty v závěru života (Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, 2013).

V roce 2012 bylo registrováno v České republice 472 agentur domácí péče a z toho 243 pracovišť vykazovalo poskytování domácí hospicové péče (tedy 51%). Je zde předpoklad, že domácí hospicová péče by měla být činností multiprofesního týmu. Více než polovina zařízení tyto pracovníky však ve svém pracovním poměru nemá (Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, 2013).

### **2.3.3 Vymezení pojmu domácí péče**

Definice týkající se domácí péče existuje mnoho, přičemž většina těchto definic má hodně společného. Vždy se týkají samotného nemocného, jeho rodiny a poskytování péče v jeho domácím prostředí – prostředí, které je nemocnému nejbližší a zde se cítí bezpečněji po boku svých blízkých. Například autorka Misconiová ve své knize uvádí, že komplexní domácí péče je vysoce humánní, kvalitní, efektivní, ekonomická a maximálně dostupná integrovaná forma péče poskytovaná individuálně, tj. klientovi v jeho vlastním sociálním prostředí s podporou komunity, s respektem k lidským právům, při využití zbytkových potenciálů klienta a začlenění rodinných příslušníků, či blízkých do multidisciplinárního týmu agentury domácí péče. Navíc komplexní domácí péče poskytuje indikovanou kontinuální péči a vzájemnou aktivní pomoc (Misconiová, 1998).

Další charakteristiku domácí péče lze nalézt ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví České republiky z roku 2004 v částce 12. Zde je vysvětlena koncepce domácí péče a Ministerstvo zdravotnictví České republiky tím vydává metodické opatření k zajištění jednotného postupu při poskytování domácí péče. Domácí péčí se rozumí péče poskytovaná pacientům na základě doporučení praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci. Zde je péče zaměřena na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírnění utrpení nevyléčitelně nemocného a zajištění klidného umírání a smrti. Poskytovatelé domácí péče vykonávají samostatně domácí péči na základě doporučení výše uvedených lékařů. S ohledem na rozdílnost indikačních skupin pacientů je žádoucí zajištění nepřetržité dostupnosti 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Doporučený minimální počet kvalifikovaných zdravotnických pracovníků pro zajištění této nepřetržité péče je 5,0 plných pracovních úvazků ve smluvním vztahu (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2004).

Pro srovnání je dobré uvést také, jak je ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví České republiky z roku 2004 v částce 9 objasněn pojem ošetrovatelství. Ministerstvo zdravotnictví České republiky tím tak vydává metodické opatření k zajištění jednotného postupu při poskytování ošetrovatelské péče jak ve všech zdravotnických zařízeních, tak i v zařízeních sociálních a též ve vlastním sociálním prostředí jednotlivců, rodin. Ošetrovatelská péče je zde chápána jako soubor odborných činností, které jsou zaměřeny na prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví jednotlivců, rodin a osob, které mají společné sociální prostředí nebo které trpí podobnými zdravotními problémy. Součástí je i péče o nevyléčitelně nemocné, zmírnění jejich utrpení, zajištění klidného umírání a důstojné smrti. Rysy ošetrovatelství charakterizující specifika v domácí péči, je individualizovaná péče založená na vyhledávání a plánovitém uspokojování potřeb člověka ve vztahu k jeho zdraví nebo potřebám vzniklých onemocněním. To vyžaduje kvalitní organizaci, řízení a kontrolu poskytované ošetrovatelské péče. Tato předložená koncepce vychází z Koncepce ošetrovatelství České republiky z roku 1998, klade důraz na náročnější a samostatnější práci ošetrovatelského personálu (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2004).

#### **2.3.4 Komu je domácí péče určena**

Domácí péče je určena všem klientům, u kterých dojde ke změně zdravotního stavu, a sami spolu s rodinnými příslušníky nezvládají laickou péči. Je poskytována všem věkovým skupinám s různými indikacemi i diagnózami. Je určena stejně tak dětem i lidem v produktivním věku a seniorům. Péče může být poskytnuta na základě rozhodnutí ošetřujícího lékaře zahájit poskytování odborné zdravotní péče ve vlastním domácím prostředí (Misconiová, 1998).

#### **2.3.5 Druhy domácí péče**

V praxi existuje několik forem domácí péče, jež mohou být rozděleny na domácí hospitalizaci, dlouhodobou domácí péči, preventivní domácí péči a domácí hospicovou péči.

Pod pojmem domácí hospitalizace se rozumí péče poskytovaná v rozsahu dnů i týdnů. Je to péče určená klientům v pooperačním a poúrazovém stavu. U pooperační péče se jedná o tzv. jednodenní neboli ambulantní chirurgii, kdy je plánovaná chirurgická léčba nahrazena pooperační péčí na domácím lůžku. Pro pacienty to mnohdy znamená rychlejší uzdravení, neboť pacient není vystaven riziku nemocniční

nákazy, rychleji se aktivují a je jim umožněn rychlejší návrat do zaměstnání. Při poúrazové péči se sestry starají o klienty, u nichž je zachované vědomí a nehrozí závažné komplikace. Provádí se zde zejména léčba bolesti, polohování, zajištění stravovacího, pitného a hygienického režimu a odborné ošetření ran a poranění (Misconiová, rok není uveden).

Dlouhodobá domácí péče se poskytuje chronicky nemocným pacientům, u nichž zdravotní stav vyžaduje dlouhodobou a pravidelnou domácí péči kvalifikovaného personálu. Většinou se jedná o pacienty po mozkových příhodách, s roztroušenou sklerozou, s diabetem, s úplným či částečným ochrnutím, různými poraněními apod. Jedná se o tzv. integrovanou formu domácí péče nazývanou komplexní domácí péče. Tato péče může být poskytnuta v rozsahu měsíců i několika let (Misconiová, rok není uveden).

Preventivní domácí péče jako další forma domácí péče je určena klientům, u nichž ošetřující lékař doporučí v pravidelných intervalech preventivní monitorování zdravotního a duševního stavu. V případě zhoršení stavu je sestra povinná informovat ošetřujícího lékaře (Misconiová, rok není uveden).

Pod pojmem domácí hospicová péče se rozumí péče o klienty v preterminálním a terminálním stadiu nemoci. Sestry domácí péče se snaží zajistit odbornou péči zahrnující management bolesti a emocionální podporu a tím tak zmírňují utrpení klienta i jeho blízkých v procesu umírání. Obvykle je předepisována v rozsahu 3krát denně, kdy tato frekvence může být rozšířena i nad uvedený limit po písemné žádosti ošetřujícího lékaře, který tak žádá o schválení revizním lékařem zdravotní pojišťovny (Misconiová, rok není uveden).

Domácí hospicová péče může být ještě rozlišena na domácí hospicovou péči laickou a domácí hospicovou péči odbornou. Domácí hospicová péče laická je poskytována všem umírajícím, jejichž psychosomatický a sociální stav nevyžaduje odbornou péči. Tato péče tvoří základní pilíř hospicové péče jako celku, jejímž poskytovatelem je tzv. pečovatel, kterým může být člen rodiny, příbuzný nebo někdy i dobrovolník. Důležitou součástí je rodinná péče a pomoc blízkých, pomoc sousedů, péče dobrovolníků. Domácí hospicová péče odborná na druhou stranu doplňuje či nahrazuje domácí hospicovou péči laickou. Tato péče bývá poskytována multidisciplinárním týmem složeným dle aktuálních potřeb umírajícího. Zahrnuje odborné lékaře, všeobecné sestry, fyzioterapeuty, psychology, duchovního a dobrovolníky (Misconiová, rok není uveden).

## 2.4 Bolest

*„Nezapomínejme, že umírajícímu zbývá krátký čas a zaslouží si jej prožít bez vyčerpávající silné bolesti.“* (Sláma, Drbal, Plátová, 2008, s. 31)

Bolest bývá popisována jako nepříjemný subjektivní pocit, který každý pacient prožívá individuálně. Je tvořena kognitivní a emocionální složkou. Součástí bývá přirozená ochranná reakce, která nás vede nějakým způsobem bolest odstranit. Je způsobena fyzikálním, chemickým nebo bakteriálním podrážděním periferních zakončení nervových vláken. Z postižené tkáně je vzruch veden do talamu a odtud do mozkové kůry. Zde dochází ke zpracování podnětu a odpověď je vedena senzitivními nervovými vlákny z mozku k příslušnému orgánu (Kelnarová a kol., 2009).

Na bolesti se podílí mnoho faktorů, mezi které patří např. hněv, strach, opuštěnost, spirituální tíseň, nejistota, úzkost, smutek, fyzická bolest. Léčba bolesti se často podceňuje, a proto je primárním úkolem všeobecných sester bolest monitorovat, sledovat, hodnotit a snažit se, aby byla bolest správně léčena (Marková, 2010).

### 2.4.1 Klasifikace bolesti

Bolest je možné klasifikovat několika způsoby. Dle působících a vyvolávajících faktorů byla vytvořena klasifikace ovlivňujících činitelů, kam patří fyziologicko-biologické faktory (např. věk, pohlaví, nemoc,...), psychicko-duchovní faktory (např. typ osobnosti, momentální nálada, pocity,...), sociálně-kulturní faktory (např. výchova člověka v rodině, osamělost, ekonomické zajištění,...) a faktory životního prostředí (např. tepelné vlivy, denní doba,...). Mezi další členění patří pohled časový, kdy se bolest dělí na akutní a chronickou. Dalším neméně důležitým dělením je dělení bolesti na bolest organickou (např. nocicepční, neuropatickou, psychogenní,...) a neorganickou (bolest somatická a viscerální). Při dalším členění je bolest charakterizována podle souvislosti s probíhajícím nádorovým procesem, kde je následně dělena na nádorovou a nenádorovou. Použití nádorové bolesti se označuje celá řada bolestivých stavů spojených s onkologickým onemocněním. Nenádorová bolest vzniká bez souvislosti s nádorovým procesem. Jednou z klasifikací bolesti je i klasifikace z hlediska holistického pojetí člověka, která vychází z komplexního přístupu a respektování člověka jako celistvé bytosti obsahující v sobě dimenze po stránce biologické, psychické, sociální a spirituální. Je rozlišována bolest biologická vztahující se k subjektivní složce osobnosti jedince, bolest psychická (určována emoční kvalitou),

bolest sociální (spojována se skutečným odloučením společenského kontaktu) a bolest spirituální, jež je spojována s odcizením od svého nejhlubšího já nebo v souvislosti s pocitem ztráty smyslu (Pokorná a kol., 2013).

#### **2.4.2 Hodnocení bolesti**

Pro hodnocení bolesti se používají různé metody k určování intenzity bolesti. Mezi některé metody patří např. analogová stupnice intenzity bolesti (VAS), která slouží ke zjištění aktuálního stavu – na jakém místě bolest probíhá a slouží ke sledování změn v čase. Další metodou může být mapa bolesti, kde nemocný zaznamenává nejen místo bolesti, ale zároveň i intenzitu. U dětí se nejčastěji používají různé vizuální škály, např. škála výrazů obličeje, obrázky znázorňující různý typ počasí od krásného počasí přes polojasno až k dešti. Důležitým ukazatelem je i časové určení bolesti, kdy je pacient tázan, při jakých příležitostech se bolest projevuje, např. po námaze, v klidu, v noci, ve dne, při změně polohy apod. (Kelnarová a kol., 2009).

#### **2.4.3 Bolest v paliativní péči a její léčba**

V paliativní péči bývá bolest nejčastějším symptomem. V terminálním stadiu onkologického onemocnění trpí bolestí přibližně 73% pacientů. Bolest je vždy subjektivní a je nutno ji pacientovi věřit (Marková, 2010).

Pro pečující a lékaře je důležité, aby pacient o své bolesti dokázal hovořit, uměl ji popsat. Pacient by měl vnímat, že jeho bolesti je věnována pozornost. V preterminálním a terminálním stadiu onemocnění je možné zajistit úlevu od bolesti. Existují různé typy bolestí a jejich léčebné postupy jsou také odlišné. V tomto období je však nejdůležitější podávání léků proti bolesti, tzv. analgetik. V této situaci se často užívají tzv. opioidy. Moderní léčba bolesti užívá takové léky s cílem zachování co nejvyšší kvality života až do konce. Lékaři vzdělaní v paliativní péči dokáží s těmito léky zacházet velmi citlivě. Nastavují přiměřenou dávku, řeší nežádoucí účinky, v případě odeznění obtíží snižují či postupně vysazují dávku. V ČR mohou analgetika předepisovat lékaři všech odborností, tedy i praktičtí lékaři (Sláma, Drbal, Plátová, 2008).

WHO stanovila tři základní pravidla pro léčbu bolesti. U mírných bolestí se doporučuje začínat s neopioidními analgetiky, pokud to nestačí, přidají se slabá opioidní analgetika a nakonec se slabé opioidy vymění za silné. Mezi nejčastěji užívaná neopioidní analgetika jsou zařazena antipyretika (např. Paracetamol), nesteroidní antiflogistika (např. Ibuprofen, Indometacin, Nimesulid). Opiátová analgetika jsou dělena na slabé

opioidy (např. Kodein, Tramadol) nepodléhající opiátovému zákonu a na silné opioidy (např. Morfin, Fentanyl, Oxykodon apod.). Při podávání všech forem analgetických léků je doporučeno sledování nežádoucích účinků, mezi které patří zácpa, nevolnost, zvracení, útlum, ospalost a jiné. Před podáváním analgetik je důležitá prevence, kdy je možné doporučení užívání laxativ, dostatečného příjmu tekutin, stravy s vyšším obsahem vlákniny, na zklidnění nauzey a zvracení jsou podávána antiemetika apod. (Marková, 2010).

Při pocitu nezvládnání bolesti je možné pacienta odeslat ke konzultaci do nejbližší ordinace Centra léčby bolesti (Sláma, Drbal, Plátová, 2008).

### **3 Výzkumná část**

#### **3.1 Hlavní cíle výzkumu**

1. Zjistit 24 hodinovou dostupnost všeobecných sester ve vybraných agenturách domácí péče v oblasti poskytování paliativní ošetrovatelské péče
2. Zjistit informovanost všeobecných sester vybraných agentur domácí péče v oblasti poskytování paliativní ošetrovatelské péče
3. Zjistit, zda jsou praktičtí lékaři a ambulantní specialisté nakloněni k vedení paliativní ošetrovatelské péče v domácím prostředí
4. Zjistit, zda všeobecné sestry agentur domácí péče věnují pozornost otázkám řešení bolesti u pacientů v terminálním stadiu nemoci

#### **3.2 Dílčí cíle výzkumu**

- zjištění existence statisticky významného rozdílu při řešení bolesti pacientů praktickými lékaři mezi předepisováním analgetik opiátového a neopiatového typu a odesláním pacienta do ordinace „Centra léčby bolesti“;
- na základě zjištěných skutečností zformulovat závěry a vlastní návrh řešení daného problému pro praxi.

#### **3.3 Výzkumné otázky a hypotézy**

1. Existuje v agenturách domácí péče vybraných krajů ČR rozdílná časová dostupnost při poskytování paliativní péče?
2. Jaká je informovanost všeobecných sester vybraných agentur domácí péče v oblasti poskytování paliativní ošetrovatelské péče?
3. Jsou praktičtí lékaři vybraných krajů ČR při potřebě poskytnutí paliativní péče v domácím prostředí více ochotni odeslat pacienta do zdravotnického zařízení, než aby ho ponechali v domácím prostředí?



**H: Praktičtí lékaři vybraných krajů ČR při potřebě poskytnutí paliativní péče v domácím prostředí jsou více ochotni odeslat pacienta do zdravotnického zařízení, než aby ho ponechali v domácím prostředí.**

4. Existuje v agenturách domácí péče vybraných krajů ČR rozdílný přístup všeobecných sester k otázkám řešení bolesti u pacientů v terminálním stadiu nemoci?

### **3.4 Metodika**

Výzkumná část práce je založena na provedení kvantitativního výzkumu. Pro tento výzkum byla zvolena metoda nestandardizovaného dotazníku, který byl rozeslán E-mailem. Příprava výzkumné části se zpočátku soustředila na studium literatury a sběr informací týkající se daného problému poskytování paliativní ošetrovatelské péče v domácím prostředí.

Vzhledem k využití dotazníkového šetření pro tento výzkum, bylo nutné provést ještě tzv. předvýzkum. Účelem předvýzkumu bylo ověření srozumitelnosti dotazníků a jejich případná oprava. V rámci předvýzkumu bylo požádáno 5 respondentů (2 praktičtí lékaři a 3 všeobecné sestry z agentur domácí péče) různého pohlaví a věku, aby vyplnili daný dotazník. Žádný z těchto oslovených respondentů neměl výhrady ke srozumitelnosti otázek. Všichni dotázaní respondenti vyplnili svůj dotazník natolik kvalitně, že jejich odpovědi byly zařazeny do dotazníkového šetření. Na základě předvýzkumu bylo zjištěno, že dotazníky nemusí být dodatečně upravovány.

#### **3.4.1 Charakteristika vzorku respondentů**

Do základního souboru pro výzkum k této bakalářské práci byli zvoleni praktičtí lékaři a agentury domácí péče působící ve Středočeském a Ústeckém kraji<sup>3</sup>. S ohledem na využití internetového dotazníku byl výběrový soubor zúžen na praktické lékaře a agentury domácí péče ze Středočeského a Ústeckého kraje, které měli uvedenou E-mailovou adresu. Důvodem zvolení těchto dvou krajů bylo místo bydliště autorky a vedoucí této bakalářské práce Mgr. Kateřiny Mařanové, neboť závěry z výzkumu by mohly být následně využity pro prezentaci v daných krajích.

---

<sup>3</sup> Seznam oslovených agentur domácí péče Středočeského a Ústeckého kraje je součástí přílohy č. 2.

Pro získání potřebných údajů bylo celkem osloveno 193 ordinací praktických lékařů pro dospělé a 87 agentur domácí péče ze Středočeského a Ústeckého kraje. Návratnost vyplněných dotazníků od praktických lékařů činila celkem 48 dotazníků (tj. 25% z celkového počtu 193 oslovených praktických lékařů). Od všeobecných sester pracujících ve vybraných agenturách domácí péče přišlo 37 vyplněných dotazníků (tj. 43% z celkového počtu 87 oslovených agentur domácí péče). Při podrobném zkoumání jednotlivých dotazníků byl jeden z dotazníků všeobecných sester vyřazen z důvodu 3 nevyplněných otázek.

Pro obě skupiny dotazovaných byly sestaveny anonymní dotazníky. Zároveň podstatou celého dotazníkového šetření byla dobrovolnost ve vyplnění.

K oběma dotazníkům (pro praktické lékaře a pro všeobecné sestry pracující ve vybraných agenturách domácí péče) byl připojen průvodní dopis. Ten byl součástí E-mailu s žádostí o vyplnění dotazníku.

Průvodní dopis obsahoval oslovení respondentů, dále pak stručné představení výzkumníka a zkoumané problematiky, stejně tak jako vymezení účelu daného dotazníku. Průvodní dopis dále zahrnoval pokyny k vyplnění dotazníku, kontakt na výzkumníka a vedoucí práce Mgr. Kateřinu Mařanovou pro případ, že by respondenti měli nějaké dotazy. Průvodní dopis je součástí přílohy č. 3.

### **3.4.2 Charakteristika dotazníku pro praktické lékaře**

Dotazník (viz. příloha č. 4) byl sestaven na základě konzultací s vedoucí práce Mgr. Kateřinou Mařanovou. Byl rozdělen do 3 hlavních částí. V první části byli respondenti požádáni o vyplnění sociodemografických údajů, jako je pohlaví, věk a kraj, kde pracují. Druhá část obsahovala 1 otevřenou otázku. Zde respondenti měli definovat pojem paliativní péče. Poslední, třetí část dotazníku se skládala ze 7 zaškrťovacích otázek, přičemž 5 z nich bylo uzavřeného charakteru a 2 polouzavřeného charakteru. Uzavřené otázky byly koncipovány tak, aby nabízely respondentům celou škálu odpovědí, z nichž měl respondent vždy označit jednu, která nejlépe vystihuje jeho odpověď. Na druhou stranu polouzavřené otázky taktéž nabízely škálu odpovědí, ale respondentům byl dán i prostor, aby svoji odpověď doplnili, pokud jim z výčtu nabídnutých odpovědí žádná nevyhovovala.

Zaškrťovací otázky v dotazníku byly zaměřeny na 4 okruhy:

- obecné otázky na agentury domácí péče – položky 1, 2 v dotazníku;

- péče o pacienty v preterminálním a terminálním stadiu onemocnění – položky 3, 4, 5 v dotazníku;
- léčba bolesti pacientů v preterminálním a terminálním stadiu onemocnění – položka 6 v dotazníku;
- zpětná vazba mezi praktickým lékařem a agenturou domácí péče – položka 7 v dotazníku.

### 3.4.3 Charakteristika dotazníku pro všeobecné sestry

Dotazník (viz. příloha č. 5) byl opět rozdělen do 3 hlavních částí. První část obsahovala 4 otázky zaměřené na sociodemografické údaje respondentů jako je pohlaví, věk, kraj, ve kterém pracují a vzdělání, kvalifikace. Ve druhé části měli respondenti doplnit definici pojmu paliativní péče. Třetí část se skládala z 9 zaškrťovacích otázek. Z těchto zaškrťovacích otázek bylo 5 uzavřeného charakteru a 4 polouzavřeného charakteru, přičemž všechny tyto otázky byly rozčleněny na 6 okruhů:

- obecné otázky na charakter a vybavení agentury domácí péče – položky 1, 2 v dotazníku;
- dostupnost agentury domácí péče – položky 3, 4 v dotazníku;
- informovanost praktických lékařů o možnostech agentury domácí péče – položka 5 v dotazníku;
- multiprofesní týmová spolupráce – položka 6 v dotazníku;
- péče o pacienty v preterminálním a terminálním stadiu onemocnění – položka 7 v dotazníku;
- léčba bolesti – položky 8, 9 v dotazníku.

Veškerá data získaná z dotazníkového šetření byla tříděna, analyzována a vyhodnocována v počítačovém programu Microsoft Office Excel 2007. Z programu byly využity jeho funkce pro tvorbu statistických výpočtů, tabulek a grafů.

Pro testování předem zvolených hypotéz byl vybrán Chí-kvadrát test dobré shody ( $\chi^2$  – test) jako metoda popisné statistiky sloužící ke statistickému testování shody mezi očekávanými a pozorovanými hodnotami. Podrobnější informace ke zvolenému testu jsou uvedeny v následující kapitole. Hladina významnosti ( $\alpha$ ) byla u všech statistických testování stanovena hodnotou 5%.

Přípravné fáze k výzkumu této bakalářské práce probíhala v období od září 2013 do února 2014. Poté následoval sběr dat, který byl omezen časovým úsekem od 1. března 2014 do 7. dubna 2014. Vzhledem k využití Internetu pro distribuci dotazníků nebylo nutné řešit finanční a rozpočtové otázky k danému výzkumu.

### 3.5 Analýza dotazníkových položek – praktičtí lékaři

#### I. SOCIODEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

##### Analýza dotazníkové položky č. 1

##### Pohlaví:

- ☐ muž
- ☐ žena

Tabulka č. 1 Rozložení respondentů praktických lékařů podle pohlaví

POHLAVÍ	Středočeský kraj		Ústecký kraj	
	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %
<b>Muži</b>	12	46	8	36
<b>Ženy</b>	14	54	14	64
<b>CELKEM</b>	26	100	22	100

Tabulka č. 1 zobrazuje rozložení respondentů (praktických lékařů) podle pohlaví. Z uvedené tabulky je patrné, že rozložení pohlaví u praktických lékařů v obou krajích je téměř rovnoměrné. Zde jednoznačně převažuje ženské pohlaví v obou krajích. Z celkového počtu 48 praktických lékařů bylo 14 žen (54%) a 12 mužů (46%) ze Středočeského kraje a 14 žen (64%) a 8 mužů (36%) z Ústeckého kraje.

##### Analýza dotazníkové položky č. 2

##### Věk:

- ☐ do 30 let
- ☐ 31-50 let
- ☐ 51-60 let
- ☐ více než 61 let

Tabulka č. 2 Rozložení respondentů praktických lékařů podle věku

VĚK	Středočeský kraj		Ústecký kraj	
	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %
do 30 let	5	19	0	0
31 – 50 let	8	31	7	32
51 – 60 let	9	35	5	23
více než 61 let	4	15	10	45
<b>CELKEM</b>	26	100	22	100

Tabulka č. 2 zobrazuje rozložení respondentů (praktických lékařů) podle věku. Z uvedené tabulky je patrné, že nejvíce respondentů ze Středočeského kraje spadalo do věkové kategorie 51 – 60 let v počtu 9 (35%) praktických lékařů. Druhou nejčastěji volenou věkovou kategorií byl věk 31 – 50 let a to v počtu 8 (31%) respondentů. Kdežto u praktických lékařů z Ústeckého kraje byla nejčastější vyplněnou věkovou kategorií věk více než 61 let u 10 (45%) respondentů a následně věková kategorie 31 – 50 let v počtu 7 (32%) praktických lékařů.

### Analýza dotazníkové položky č. 3

#### Kraj, ve kterém pracuji:

- ☐ Středočeský
- ☐ Ústecký

Tabulka č. 3 Rozložení respondentů praktických lékařů podle kraje

KRAJ	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %
Středočeský kraj	26	54
Ústecký kraj	22	46
<b>CELKEM</b>	48	100

Tabulka č. 3 popisuje rozložení respondentů (praktických lékařů) podle kraje, ve kterém pracují. Z celkového počtu 48 (100%) praktických lékařů bylo 26 (54%) ze Středočeského kraje a 22 (46%) z Ústeckého kraje.

## II. OTEVŘENÉ OTÁZKY

V této části dotazníku byli respondenti požádáni o definování pojmu „paliativní péče“. Za uspokojivé definice byly považovány ty definice, které obsahovaly alespoň jeden z následujících znaků (či jejich podobné vyjádření). Jedná se o spojení a užití slov: péče

o pacienty v preterminálním a terminálním stadiu onemocnění; nemoc nereaguje na kurativní léčbu; léčba za účelem zmírnění bolesti pacientů; poskytnutí důstojné péče, podpory a pomoci blízkým; respektuje potřeby umírajících; vychází z přání a potřeb pacientů.

Všechny odpovědi od praktických lékařů se daly považovat za uspokojivé.

### III. ZAŠKRTÁVACÍ OTÁZKY

#### Analýza dotazníkové položky č. 1

##### Fungují ve Vašem kraji agentury domácí péče?

- ☐ Ano.
- ☐ Nejsem si vědom možnosti této služby.
- ☐ Ne.

Tabulka č. 4 Četnosti odpovědí praktických lékařů na otázku č. 1

Otázka č. 1	Středočeský kraj		Ústecký kraj	
	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %
Ano	26	100	22	100
Nejsem si vědom možnosti této služby	0	0	0	0
Ne	0	0	0	0
<b>CELKEM</b>	26	100	22	100

Tabulka č. 4 zobrazuje odpovědi praktických lékařů ze Středočeského a Ústeckého kraje na otázku č. 1, zda v jejich krajích fungují agentury domácí péče. Z celkového počtu 48 praktických lékařů (100%) na tuto otázku všichni praktičtí lékaři obou krajů odpověděli ano.

#### Analýza dotazníkové položky č. 2

##### Spolupracujete s agenturou domácí péče?

- ☐ Ano, spolupracuji.
- ☐ Ne, ale uvažuji o spolupráci.
- ☐ Ne, nespolupracuji.

Tabulka č. 5 Četnosti odpovědí praktických lékařů na otázku č. 2

Otázka č. 2	Středočeský kraj		Ústecký kraj	
	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %
Ano, spolupracuji	25	96	22	100
Ne, ale uvažuji o spolupráci	1	4	0	0
Ne, nespolupracuji	0	0	0	0
<b>CELKEM</b>	26	100	22	100

Tabulka č. 5 zobrazuje odpovědi 48 praktických lékařů ze Středočeského a Ústeckého kraje na otázku č. 2, zda spolupracují s agenturou domácí péče. Z celkového počtu 26 praktických lékařů (100%) Středočeského kraje odpovědělo „ano“ celkem 25 lékařů (96%), 1 praktický lékař (4%) na tuto otázku odpověděl „Ne, ale uvažuji o spolupráci“. Z celkového počtu 22 praktických lékařů (100%) Ústeckého kraje všichni lékaři odpověděli jednoznačně „ano“ (100%). To tedy znamená, že v obou těchto krajích praktičtí lékaři spolupracují s agenturou domácí péče.

### Analýza dotazníkové položky č. 3

**Pokud byste měl mít v péči pacienta v preterminálním nebo terminálním stadiu onemocnění, u kterého rodina požádá o péči v domácím prostředí, jak byste řešil situaci?**

- ☐ Rodině vysvětlím náročnost péče, a pokud přesto souhlasí s ošetřováním pacienta v domácím prostředí, doporučím automaticky spolupráci s agenturou domácí péče a ponechám pacienta doma.
- ☐ Rodině vysvětlím náročnost péče a raději doporučím hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení.
- ☐ Rodině vysvětlím náročnost péče a raději doporučím domácí hospicovou péči.
- ☐ Rodině vysvětlím náročnost péče a raději doporučím hospicovou péči v zařízení.

Tato dotazníková položka se vztahuje ke zvoleným výzkumným otázkám, tudíž její analýza je obsažena v následující kapitole.

#### **Analýza dotazníkové položky č. 4**

**Jste nakloněn předepisování indikací jako např. aplikace infuzí, kontinuální i.v. aplikace injekční pumpou, aplikace analgetické léčby, aplikace inhalační terapie apod. v případě ponechání pacienta v preterminálním a terminálním stadiu nemoci v domácím prostředí pro zajištění kvalitní paliativní ošetrovatelské péče?**

- ☐ Ano vždy, pokud má agentura domácí péče prostředky k jejich zajištění.
- ☐ Ano, ale pouze ve výjimečných případech, pokud má agentura domácí péče prostředky k jejich zajištění.
- ☐ Ne i přesto, že by měla agentura domácí péče prostředky pro jejich zajištění.
- ☐ Ne, zastávám názor, že indikace tohoto druhu patří pouze do zdravotnických zařízení.
- ☐ Indikace tohoto druhu jsem zatím agenturám domácí péče nemusel předepisovat.

*Tabulka č. 6 Četnosti odpovědí praktických lékařů na otázku č. 4*

<b>Otázka č. 4</b>	<b>Středočeský kraj</b>		<b>Ústecký kraj</b>	
	<b>Absolutní četnosti</b>	<b>Relativní četnosti v %</b>	<b>Absolutní četnosti</b>	<b>Relativní četnosti v %</b>
<b>Ano vždy, pokud má agentura domácí péče prostředky k jejich zajištění.</b>	11	42	10	45
<b>Ano, ale pouze ve výjimečných případech, pokud má agentura domácí péče prostředky k jejich zajištění.</b>	10	39	7	32
<b>Ne i přesto, že by měla agentura domácí péče prostředky pro jejich zajištění.</b>	0	0	0	0
<b>Ne, zastávám názor, že indikace tohoto druhu patří pouze do zdravotnických zařízení.</b>	1	4	3	14
<b>Indikace tohoto druhu jsem zatím agenturám domácí péče nemusel předepisovat.</b>	4	15	2	9
<b>CELKEM</b>	26	100	22	100



Tabulka č. 6 zobrazuje odpovědi praktických lékařů Středočeského a Ústeckého kraje na otázku č. 4. Zde bylo několik variant odpovědí. Odpověď „Ano vždy, pokud má agentura domácí péče prostředky k jejich zajištění“ zvolilo 11 lékařů (42%) ze Středočeského kraje a 10 lékařů (45%) z Ústeckého kraje. Odpověď „Ano, ale pouze ve výjimečných případech, pokud má agentura domácí péče prostředky k jejich zajištění“ zvolilo 10 lékařů (39%) ze Středočeského kraje a 7 lékařů (32%) z Ústeckého kraje. Odpověď „Ne, zastávám názor, že indikace tohoto druhu patří pouze do zdravotnických zařízení“ zvolil 1 lékař (4%) Středočeského kraje a 3 lékaři (14%) Ústeckého kraje. Odpovědi „Indikace tohoto druhu jsem zatím agenturám domácí péče nemusel předepisovat“ využili 4 lékaři (15%) ze Středočeského kraje a 2 lékaři (9%) Ústeckého kraje. Odpověď „Ne i přesto, že by měla agentura domácí péče prostředky pro jejich zajištění“ nevyužil ani jeden lékař ze Středočeského a Ústeckého kraje.

#### **Analýza dotazníkové položky č. 5**

#### **Provádíte pravidelné kontroly (návštěvy v domácím prostředí) u pacientů v preterminálním nebo terminálním stadiu onemocnění?**

- ☐ Ne, jezdím pouze na telefonické vyžádání/zavolání agentury domácí péče nebo rodiny pacienta.
- ☐ Zdravotní stav konzultuji s agenturou domácí péče, dle doporučení a požádání agentury domácí péče jezdím na návštěvy.
- ☐ Ano, jezdím pravidelně 1-2x týdně.
- ☐ Jezdím dle doporučení u pacientů ošetřovaných agenturou domácí péče 1x za 3 měsíce.
- ☐ Jiné (doplňte):.....

Tabulka č. 7 Četnosti odpovědí praktických lékařů na otázku č. 5

Otázka č. 5	Středočeský kraj		Ústecký kraj	
	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %
Ne, jezdím pouze na telefonické vyžádání/zavolání agentury domácí péče nebo rodiny pacienta.	5	19	6	27
Zdravotní stav konzultuji s agenturou domácí péče, dle doporučení a požádání agentury domácí péče jezdím na návštěvy.	14	54	11	50
Ano, jezdím pravidelně 1-2x týdně.	3	12	1	5
Jezdím dle doporučení u pacientů ošetřovaných agenturou domácí péče 1x za 3 měsíce.	0	0	0	0
Jiné (doplňte):	4	15	4	18
<b>CELKEM</b>	26	100	22	100

Tabulka č. 7 zobrazuje odpovědi praktických lékařů Středočeského a Ústeckého kraje na otázku č. 5. Nejvíce byla využita odpověď „Zdravotní stav konzultuji s agenturou domácí péče, dle doporučení a požádání agentury domácí péče jezdím na návštěvy“ a to v počtu 14 lékařů (54%) Středočeského kraje a 11 lékařů (50%) Ústeckého kraje. Odpověď „Ne, jezdím pouze na telefonické vyžádání/zavolání agentury domácí péče nebo rodiny pacienta“ zvolilo 5 lékařů (19%) Středočeského kraje a 6 lékařů (27%) Ústeckého kraje. Pravidelně 1 - 2x týdně jezdí na návštěvy za pacienty 3 lékaři (12%) ze Středočeského kraje a 1 lékař (5%) z Ústeckého kraje. Odpověď „jiné“ využili 4 lékaři (15%) ze Středočeského a 4 lékaři (18%) z Ústeckého kraje. U této možnosti praktičtí lékaři Středočeského kraje doplnili svoje odpovědi: „Jezdím podle potřeby, abych si upřesnil stav pacienta a zkontroloval práci agentury., Na vyžádání + cca 1x měsíčně pravidelně., Nemám takové pacienty., Spíš podle potřeby, aktuální situace a přání nemocného i rodiny.“ V Ústeckém kraji praktičtí lékaři doplnili tyto odpovědi: „dle domluvy s rodinou; jezdím dle potřeby; někdy jezdím i častěji; pravidelně si kontroluji pacienty dle individuální potřeby – nedá se říci, jak často“. Odpověď „Jezdím dle doporučení u pacientů ošetřovaných agenturou domácí péče 1x za 3 měsíce“ nevyužil ani jeden lékař těchto krajů.

### **Analýza dotazníkové položky č. 6**

**Jak řešíte léčbu bolesti u pacientů v preterminálním a terminálním stadiu onemocnění?**

- ☐ Předepíši neopiátová analgetika.
- ☐ Předepíši středně silný opiát + opiátové analgetikum + neopiátová analgetika.
- ☐ Předepíši silný opiát + opiátové analgetikum + neopiátová analgetika.
- ☐ Objednám pacienta do ordinace „Centra léčby bolesti“.
- ☐ Řeším individuálně dle zdravotního stavu a posouzení pacienta a hodnocení dle analogové škály bolesti.
- ☐ Kombinace výše uvedených.

Tato dotazníková položka se vztahuje ke zvoleným výzkumným otázkám, tudíž její analýza je obsažena v následující kapitole.

### **Analýza dotazníkové položky č. 7**

**Jaká je zpětná vazba mezi Vámi a agenturou domácí péče o účincích analgetické léčby?**

Agentura domácí péče mě informuje o účincích analgetické léčby prostřednictvím:

- ☐ Osobního rozhovoru.
- ☐ Telefonického hovoru.
- ☐ Písemné zprávy o zdravotním stavu pacienta.
- ☐ Objednám pacienta do ordinace „Centra léčby bolesti“.
- ☐ Agentura domácí péče mě neinformuje.
- ☐ Jiné (doplňte):.....

Tabulka č. 8 Četnosti odpovědí praktických lékařů na otázku č. 7

Otázka č. 7	Středočeský kraj		Ústecký kraj	
	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %
<b>Osobního rozhovoru</b>	8	31	6	27
<b>Telefonického hovoru</b>	7	27	9	41
<b>Písemné zprávy o zdravotním stavu pacienta</b>	4	15	2	9
<b>Agentura domácí péče mě neinformuje</b>	1	4	1	5
<b>Jiné (doplňte):</b>	6	23	4	18
<b>CELKEM</b>	26	100	22	100

Tabulka č. 8 zobrazuje odpovědi praktických lékařů Středočeského a Ústeckého kraje na otázku č. 7. Zde byly zastoupeny všechny odpovědi nabízené v dotazníku. Odpověď „osobní rozhovor“ využilo 8 lékařů (31%) ze Středočeského kraje, 6 lékařů (27%) z Ústeckého kraje. Odpověď „telefonický hovor“ použilo jako odpověď 7 lékařů (27%) Středočeského kraje a 9 lékařů (41%) Ústeckého kraje. Písemnou zprávu o zdravotním stavu pacienta zohledňují 4 praktičtí lékaři (15%) ze Středočeského kraje a 2 lékaři (9%) kraje Ústeckého. Odpověď „Agentura domácí péče mě neinformuje“ využil 1 lékař (4%) ze Středočeského kraje a 1 lékař (5%) Ústeckého kraje. Poslední možnou odpovědí byla odpověď „jiné“, kterou využilo 6 lékařů (23%) kraje Středočeského a 4 lékaři (18%) kraje Ústeckého. Tito lékaři Středočeského kraje doplnili, že agentura domácí péče je informuje prostřednictvím „telefonu a osobního kontaktu (3x); osobně + telefon + písemně (1x); telefon + písemně (1x) a zatím nespolupracuji (1x)“. V Ústeckém kraji praktičtí lékaři doplnili, že je agentura domácí péče informuje prostřednictvím: „telefonu a osobního kontaktu (2x); osobně + telefon + písemně (1x) a informace mám od pacienta a rodiny (1x)“.

### 3.6 Analýza dotazníkových položek – všeobecné sestry

#### I. SOCIODEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

##### Analýza dotazníkové položky č. 1

###### Pohlaví:

- ☐ muž
- ☐ žena

Tabulka č. 9 Rozložení respondentů všeobecných sester podle pohlaví

POHLAVÍ	Středočeský kraj		Ústecký kraj	
	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %
<b>Muži</b>	1	7	0	0
<b>Ženy</b>	13	93	22	100
<b>CELKEM</b>	14	100	22	100

Tabulka č. 9 zobrazuje rozložení respondentů (všeobecných sester) podle pohlaví. Z uvedené tabulky je patrné, že rozložení pohlaví u všeobecných sester v obou krajích je téměř rovnoměrné. Zde jednoznačně převažuje ženské pohlaví v obou krajích. Z celkového počtu 36 všeobecných sester bylo 13 žen (93%) a 1 muž (7%) ze Středočeského kraje a 22 žen (100%) z Ústeckého kraje.

##### Analýza dotazníkové položky č. 2

###### Věk:

- ☐ do 30 let
- ☐ 31-50 let
- ☐ 51-60 let
- ☐ více než 61 let

Tabulka č. 10 Rozložení respondentů všeobecných sester podle věku

VĚK	Středočeský kraj		Ústecký kraj	
	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %
do 30 let	3	21	0	0
31 – 50 let	6	43	10	45
51 – 60 let	5	36	12	55
více než 61 let	0	0	0	0
<b>CELKEM</b>	14	100	22	100

Tabulka č. 10 popisuje rozložení respondentů (všeobecných sester) podle věku. Z uvedené tabulky je patrné, že rozložení ve Středočeském kraji je téměř rovnoměrné. Ve věku do 30 let odpověděli 3 respondenti (21%), věk 31 - 50 let vyplnilo 6 všeobecných sester (43%) a ve věku 51 - 60 let odpovědělo 5 všeobecných sester (36%). Kdežto u všeobecných sester z Ústeckého kraje byla nejčastěji vyplněnou věkovou kategorií věk 51 - 60 let v počtu 12 respondentů (55%) a následně věková kategorie 31 – 50 let v počtu 10 všeobecných sester (45%). Věkové kategorii více než 61 let neodpovídala ani jedna všeobecná sestra těchto krajů.

### Analýza dotazníkové položky č. 3

#### Kraj, ve kterém pracuji:

- ☐ Středočeský
- ☐ Ústecký

Tabulka č. 11 Rozložení respondentů všeobecných sester podle kraje

KRAJ	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %
Středočeský kraj	14	39
Ústecký kraj	22	61
<b>CELKEM</b>	36	100

Tabulka č. 11 zobrazuje rozložení respondentů (všeobecných sester) podle kraje, ve kterém pracují. Z celkového počtu 36 všeobecných sester (100%) bylo 14 (39%) ze Středočeského kraje a 22 (61%) z Ústeckého kraje.

#### Analýza dotazníkové položky č. 4

##### Vzdělání, kvalifikace:

- ☐ Všeobecná sestra s registrací
- ☐ Všeobecná sestra s certifikovaným kurzem pro domácí péči
- ☐ Všeobecná sestra s certifikovaným kurzem pro komunitní péči
- ☐ Sestra se speciální přípravou v péči o staré a dlouhodobě nemocné
- ☐ Sestra s přípravou ve speciálním úseku práce v domácí péči
- ☐ Všeobecná sestra s certifikovaným kurzem pro paliativní péči
- ☐ Jiné (doplňte):.....

Tabulka č. 12 Četnosti vzdělání všeobecných sester

Vzdělání	Středočeský kraj		Ústecký kraj	
	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %
Všeobecná sestra s registrací	9	65	11	50
Všeobecná sestra s certifikovaným kurzem pro domácí péči	0	0	2	9
Všeobecná sestra s certifikovaným kurzem pro komunitní péči	0	0	1	4
Sestra se speciální přípravou v péči o staré a dlouhodobě nemocné	2	14	0	0
Sestra s přípravou ve speciálním úseku práce v domácí péči	1	7	3	14
Všeobecná sestra s certifikovaným kurzem pro paliativní péči	2	14	0	0
Jiné	0	0	5	23
Celkem	14	100	22	100

Tabulka č. 12 popisuje vzdělání respondentů (všeobecných sester) obou krajů. U všeobecných sester ze Středočeského kraje byla nejčastější odpovědí na vzdělání všeobecná sestra s registrací a to v počtu 9 (65%). Vždy po dvou odpovědích (14%)

bylo zastoupení sestra se speciální přípravou v péči o staré a dlouhodobě nemocné a všeobecná sestra s certifikovaným kurzem pro paliativní péči. Možnost sestra s přípravou ve speciálním úseku práce v domácí péči zvolil 1 respondent (7%). Žádný z dotazovaných respondentů ze Středočeského kraje neuvedl jako své vzdělání všeobecná sestra s certifikovaným kurzem pro domácí péči a všeobecná sestra s certifikovaným kurzem pro komunitní péči.

V Ústeckém kraji přišlo nejvíce vyplněných dotazníků od všeobecných sester s registrací a to v počtu 11 (50%). Druhou nejčastější odpovědí a to v počtu 3 (14%) bylo sestra s přípravou ve speciálním úseku práce v domácí péči. 2 odpovědi (9%) přišly od všeobecných sester s certifikovaným kurzem pro domácí péči. Možnost všeobecná sestra s certifikovaným kurzem pro komunitní péči zvolil 1 respondent (4%). Poslední možnost („Jiné“) zvolilo celkem 5 respondentů (23%), přičemž 3 z nich uvedli jako své vzdělání pomaturitní specializované studium a 2 uvedli jako své vzdělání vysokoškolské.

Z uvedené tabulky je tedy patrné, že v Ústeckém kraji je větší rozmanitost ve vzdělání všeobecných sester pracujících v agenturách domácí péče. Zároveň tabulka ukazuje, že v obou krajích pracují jak všeobecné sestry s registrací, tak sestry s přípravou ve speciálním úseku práce v domácí péči. Ostatní možnosti odpovědi byly zastoupeny buď jen ve Středočeském kraji, nebo jen v Ústeckém kraji.

## **II. OTEVŘENÉ OTÁZKY**

Tato dotazníková položka se vztahuje ke zvoleným výzkumným otázkám, tudíž její analýza je obsažena v následující kapitole.

## **III. ZAŠKRTÁVACÍ OTÁZKY**

### **Analýza dotazníkové položky č. 1**

**Pracujete v agentuře domácí péče, která je schopna zajistit na základě indikace lékaře péči o pacienty v preterminálním nebo terminálním stadiu onemocnění?**

- ☐ Ano.
- ☐ Ne.
- ☐ Nevím.



Tabulka č. 13 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 1

Otázka č. 1	Středočeský kraj		Ústecký kraj	
	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %
Ano	11	79	19	86
Ne	3	21	3	14
Nevím	0	0	0	0
<b>CELKEM</b>	14	100	22	100

Tabulka č. 13 zobrazuje odpovědi všeobecných sester ze Středočeského a Ústeckého kraje na otázku č. 1, zda pracují v agentuře domácí péče, která je schopna zajistit na základě indikace lékaře péči o pacienty v preterminálním a terminálním stadiu onemocnění. Z celkového počtu 14 všeobecných sester (100%) Středočeského kraje na tuto otázku „ano“ odpovědělo 11 všeobecných sester (79%) a 3 (21%) odpověděli „ne“. V Ústeckém kraji měla také největší zastoupení odpověď „ano“, kdy takto odpovědělo 19 všeobecných sester (86%) a opět 3 sestry (14%) stejně jako ve Středočeském kraji odpověděly možností „ne“. Odpověď „nevím“ nevyužil ani jeden respondent z vybraných krajů.

## Analýza dotazníkové položky č. 2

### Jakými pomůckami disponuje Vaše agentura domácí péče?

- ☐ Polohovací postel
- ☐ Antidekubitní matrace
- ☐ Odsávačka
- ☐ Inzulínová pumpa
- ☐ Lineární dávkovač
- ☐ Infuzní terapie dle ordinace
- ☐ Podávání kyslíku dle ordinace
- ☐ Aplikace opiátů dle ordinace
- ☐ Jiné (doplňte):.....

Tato dotazníková položka se vztahuje ke zvoleným výzkumným otázkám, tudíž její analýza je obsažena v následující kapitole.

### **Analýza dotazníkové položky č. 3**

**Nabízí Vaše agentura domácí péče dostupnost 24 hodin/7 dní v týdnu?**

- ☐ Ano.  
☐ Ne.

Tato dotazníková položka se vztahuje ke zvoleným výzkumným otázkám, tudíž její analýza je obsažena v následující kapitole.

### **Analýza dotazníkové položky č. 4**

**Jak je tato péče ve Vaší agentuře domácí péče zabezpečena?**

- ☐ Pohotovostí na stabilním telefonním čísle 24 hodin/7 dní v týdnu.  
☐ Jiné (doplňte):.....

Tato dotazníková položka se vztahuje ke zvoleným výzkumným otázkám, tudíž její analýza je obsažena v následující kapitole.

### **Analýza dotazníkové položky č. 5**

**Jsou podle Vás praktičtí lékaři informováni o možnostech Vaší agentury pro zajištění ošetrovatelské péče pacientům v preterminálním nebo terminálním stadiu onemocnění?**

- ☐ Ano, jsou informováni.  
☐ Nevím, zda jsou informováni.  
☐ Ne, nejsou informováni.

*Tabulka č. 14 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 5*

<b>Otázka č. 5</b>	<b>Středočeský kraj</b>		<b>Ústecký kraj</b>	
	<b>Absolutní četnosti</b>	<b>Relativní četnosti v %</b>	<b>Absolutní četnosti</b>	<b>Relativní četnosti v %</b>
<b>Ano, jsou informováni.</b>	9	64	13	59
<b>Nevím, zda jsou informováni.</b>	2	14	4	18
<b>Ne, nejsou informováni.</b>	3	22	5	23
<b>CELKEM</b>	14	100	22	100

Tabulka č. 14 zobrazuje odpovědi všeobecných sester na otázku č. 5 týkající se informovanosti praktických lékařů o možnostech zajištění péče pacientům v preterminálním a terminálním stadiu onemocnění jednotlivými agenturami domácí péče. 9 všeobecných sester (64%) ze Středočeského kraje udává, že lékaři jsou informováni o zajištění péče jejich agenturami, 2 sestry (14%) uvádí, že neví, zda jsou lékaři informováni a 3 sestry (22%) uvádí neinformovanost lékařů o možnostech poskytování péče. Obdobně je tomu i v kraji Ústeckém, kdy informovanost lékařů potvrzuje 13 všeobecných sester (59%), 4 sestry (18%) uvádí, že neví, zda jsou lékaři informováni a 5 sester (23%) uvádí neinformovanost lékařů.

#### **Analýza dotazníkové položky č. 6**

**Je ve Vaší agentuře domácí péče možnost využití multiprofesní týmové spolupráce (pokud ano, zaškrtněte jaké)?**

- ☐ Ne, není.
- ☐ Ano, je.
  - ☐ psycholog
  - ☐ odborný specialista
  - ☐ nutriční terapeut
  - ☐ jiné (doplňte):.....

Tato dotazníková položka se vztahuje ke zvoleným výzkumným otázkám, tudíž její analýza je obsažena v následující kapitole.

#### **Analýza dotazníkové položky č. 7**

**Jak dle Vašich zkušeností řeší praktičtí lékaři, se kterými spolupracujete, nejčastěji případy, kdy chce rodina pečovat o pacienta v preterminálním nebo terminálním stadiu onemocnění v domácím prostředí?**

- ☐ Pokud je rodina schopna o pacienta pečovat sama, ponechají jej v domácím prostředí.
- ☐ Pokud není schopna rodina zvládat péči sama a bude chtít ponechat pacienta v domácím prostředí, doporučí rodině pomoc agentury domácí péče.
- ☐ Upřednostní hospitalizaci pacienta ve zdravotnickém zařízení.
- ☐ Upřednostní domácí hospicovou péči.

- ☐ Upřednostní umístění pacienta v hospicovém zařízení.

Tabulka č. 15 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 7

Otázka č. 7	Středočeský kraj		Ústecký kraj	
	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %
<b>Pokud je rodina schopna o pacienta pečovat sama, ponechají jej v domácím prostředí.</b>	0	0	1	5
<b>Pokud není schopna rodina zvládat péči sama a bude chtít ponechat pacienta v domácím prostředí, doporučí rodině pomoc agentury domácí péče.</b>	6	43	8	36
<b>Upřednostní hospitalizaci pacienta ve zdravotnickém zařízení.</b>	6	43	10	45
<b>Upřednostní domácí hospicovou péči.</b>	2	14	3	14
<b>Upřednostní umístění pacienta v hospicovém zařízení.</b>	0	0	0	0
<b>CELKEM</b>	14	100	22	100

Tabulka č. 15 popisuje odpovědi všeobecných sester na otázku č. 7. Všeobecné sestry ze Středočeského kraje využily v počtu 6 sester (43%) odpovědi „Pokud není schopna rodina zvládat péči sama a bude chtít ponechat pacienta v domácím prostředí, doporučí rodině pomoc agentury domácí péče“ a 6 sester (43%) „Upřednostní hospitalizaci pacienta ve zdravotnickém zařízení“. 2 všeobecné sestry (14%) Středočeského kraje využily odpověď „Upřednostní domácí hospicovou péči“. V Ústeckém kraji největší zastoupení v počtu 10 všeobecných sester (45%) měla odpověď „Upřednostní hospitalizaci pacienta ve zdravotnickém zařízení“, 8 všeobecných sester (36%) odpovědělo „Pokud není schopna rodina zvládat péči sama a bude chtít ponechat pacienta v domácím prostředí, doporučí rodině pomoc agentury domácí péče“, 3 sestry (14%) využily odpověď „Upřednostní domácí hospicovou péči“ a 1 všeobecná sestra (5%) využila odpověď „Pokud je rodina schopna o pacienta pečovat sama, ponechají jej v domácím prostředí“.

## Analýza dotazníkové položky č. 8

### Jak Vaši praktičtí lékaři řeší otázku bolesti?

- ☐ Předepíše neopiátová analgetika.
- ☐ Předepíše středně silný opiát + opiátové analgetikum + neopiátová analgetika.
- ☐ Předepíše silný opiát + opiátové analgetikum + neopiátová analgetika.
- ☐ Objednají pacienta do ordinace „Centra léčby bolesti“.
- ☐ Řeší individuálně dle zdravotního stavu a posouzení pacienta a hodnocení dle analogové škály bolesti.
- ☐ Kombinace výše uvedených.
- ☐ Otázku bolesti neřeší.

Tabulka č. 16 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 8

Otázka č. 8	Středočeský kraj		Ústecký kraj	
	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %
Předepíše neopiátová analgetika.	1	7	1	5
Předepíše středně silný opiát + opiátové analgetikum + neopiátová analgetika.	0	0	0	0
Předepíše silný opiát + opiátové analgetikum + neopiátová analgetika.	0	0	1	5
Objednají pacienta do ordinace „Centra léčby bolesti“.	2	14	1	5
Řeší individuálně dle zdravotního stavu a posouzení pacienta a hodnocení dle analogové škály bolesti.	7	50	5	22
Kombinace výše uvedených.	4	29	14	63
Otázku bolesti neřeší.	0	0	0	0
<b>CELKEM</b>	14	100	22	100

Tabulka č. 16 popisuje názory všeobecných sester na řešení otázky bolesti lékaři. Ve výše uvedené tabulce jsou jednotlivé odpovědi znázorněny, jen upozorním

na nejvíce používanou odpověď všeobecných sester ze Středočeského kraje a tou je „Řeší individuálně dle zdravotního stavu a posouzení pacienta a hodnocení dle analogové škály bolesti“ v počtu 7 všeobecných sester (50%). V Ústeckém kraji je nejvíce používaná odpověď „Kombinace výše uvedených“ v počtu 14 respondentů (63%).

### **Analýza dotazníkové položky č. 9**

**Jak řešíte otázku bolesti Vy jako sestra (zaškrtněte možné odpovědi):**

- ☐ Sleduji účinek předepsané analgetické léčby (VAS, numerická stupnice, slovní zhodnocení).
- ☐ Provádím záznamy o bolesti v ošetrovatelské dokumentaci.
- ☐ Informuji praktického lékaře o účincích analgetické léčby.
- ☐ Jiné (doplňte):.....

Tato dotazníková položka se vztahuje ke zvoleným výzkumným otázkám, tudíž její analýza je obsažena v následující kapitole.

## 4 Analýza dat vztahujících se k výzkumným otázkám a hypotézám

Tato kapitola obsahuje analýzu a prezentaci dat získaných z vyplněných dotazníků, přičemž důraz je kladen na položky související se stanovenými výzkumnými otázkami a hypotézami. V závěru jsou zkoumané hypotézy statisticky zhodnoceny.

### 4.1 Ověřování hypotéz

Cílem výzkumné části bakalářské práce je ověřit hypotézy k výše zmíněným výzkumným otázkám, přičemž k jeho dosažení bylo využito metod popisné statistiky.

Při statistickém testování hypotéz musí být dodrženy následující kroky:

- 1) formulace nulové hypotézy ( $H_0$ ), jejíž platnost se má statisticky ověřit, a alternativní hypotézy ( $H_a$ ), která popírá tvrzení formulované nulové hypotézy;
- 2) zvolení hladiny významnosti ( $\alpha$ ), která vyjadřuje maximální přípustnou pravděpodobnost chyby 1. druhu<sup>4</sup>;
- 3) zvolení statistického testu;
- 4) výpočet hodnoty testového kritéria;
- 5) zjištění kritického oboru pro zvolenou hodnotu hladiny významnosti;
- 6) formulace závěrů testu – pokud hodnota testového kritéria leží v kritickém oboru, nulová hypotéza se zamítá a přijímá se hypotéza alternativní, pokud však hodnota testového kritéria neleží v kritickém oboru, tak testovanou hypotézu  $H_0$  na zvolené hladině významnosti se nepodařilo zamítnout. (Hindls, Hronová, Seger, Fischer, 2007)

Pro ověření následujících hypotéz byl zvolen Chí-kvadrát test dobré shody ( $\chi^2$  – test), který je řazen mezi neparametrické testy. Důvodem zvolení tohoto testu je skutečnost, že tento test slouží ke statistickému testování shody mezi teoretickými (očekávanými) a pozorovanými hodnotami. Vzorec pro výpočet testového kritéria ( $G$ ) u tohoto testu je následující:

---

<sup>4</sup> Chyba 1. druhu je chyba, ke které dojde, pokud nulová hypotéza platí, ale my ji zamítáme.

$$G = \sum_{i=1}^k \frac{(n_i - n\pi_{0,i})^2}{n\pi_{0,i}}$$

kde  $n_i$  jsou pozorované četnosti

$n\pi_{0,i}$  jsou teoretické četnosti v  $i$ -té skupině ( $i = 1, 2, \dots, k$ )<sup>5</sup>

## 4.2 Výzkumná otázka č. 1

**Existuje v agenturách domácí péče vybraných krajů ČR rozdílná časová dostupnost při poskytování paliativní péče?**

V dotazníku určeném pro všeobecné sestry vybraných agentur domácí péče byli respondenti dotazováni, zda jejich agentura domácí péče nabízí dostupnost 24 hodin/7 dní v týdnu, a jako doplňující otázku byli dotázáni, jak je tato péče v jejich agentuře domácí péče zabezpečena, přičemž zde mohli zvolit jako variantu odpovědi buď „Pohotovostí na stabilním telefonním čísle 24hodin/7 dní v týdnu“, nebo mohli doplnit svou vlastní odpověď. Následující tabulky uvádějí četnosti odpovědí na výše zmíněné otázky:

### Otázka č. 3 Nabízí Vaše agentura domácí péče dostupnost 24 hodin/7 dní v týdnu?

Tabulka č. 17 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 3

Odpověď	Středočeský kraj		Ústecký kraj	
	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %
Ano	12	86	17	77
Ne	2	14	5	23
Celkem	14	100	22	100

Tabulka č. 17 ukazuje, že z celkového počtu 14 dotazovaných agentur domácí péče ze Středočeského kraje celkem 12 (86%) agentur domácí péče nabízí dostupnost 24 hodin/ 7 dní v týdnu a pouze 2 (14%) respondenti odpověděli, že agentura domácí péče, ve které pracují, nenabízí dostupnost 24 hodin/7 dní v týdnu. V Ústeckém kraji odpovídalo na dotazník celkem 22 agentur domácí péče, z nichž celkem 17 (77%) nabízí dostupnost 24 hodin/ 7 dní v týdnu a 5 (23%) respondentů odpovědělo, že agentura domácí péče, ve které pracují, nenabízí dostupnost 24 hodin/7 dní v týdnu.

<sup>5</sup> Statistika  $G$  má za předpokladu dostatečně velkého výběru přibližně  $\chi^2$ -rozdělení s  $v=k-1$  stupni volnosti. (Hindls, Hronová, Seger, Fischer, 2007)



Z uvedené tabulky je tedy patrné, že ve Středočeském kraji je větší podíl agentur domácí péče s dostupností 24 hodin/7 dní v týdnu, než je tomu v Ústeckém kraji.

#### Otázka č. 4 Jak je tato péče ve Vaší agentuře domácí péče zabezpečena?

Tabulka č. 18 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 4

Odpověď	Středočeský kraj		Ústecký kraj	
	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %
<b>Pohotovostí na stabilním telefonním čísle 24 hodin/7 dní v týdnu</b>	11	79	18	82
<b>Jiné</b>	3	21	4	18
<b>Celkem</b>	14	100	22	100

Tabulka č. 18 četností odpovědí všeobecných sester na otázku č. 4 ukazuje, že 11 (79%) všeobecných sester ze Středočeského kraje pracuje v agentuře domácí péče, která poskytuje pacientům pohotovost na stabilním telefonním čísle 24 hodin/7 dní v týdnu. 3 (21%) všeobecné sestry ze Středočeského kraje zvolily možnost „Jiné“, přičemž 1 z nich doplnila, že zabezpečují péči rovněž na telefonním čísle, avšak jen určitou omezenou dobu, a zbylé 2 všeobecné sestry nedoplňují žádnou svoji odpověď. Nutno podotknout, že všichni 3 respondenti, kteří zvolili možnost „Jiné“ odpověděli na předchozí otázku „Ne“.

U četností odpovědí všeobecných sester z Ústeckého kraje k otázce č. 4 bylo rozložení odpovědí následující: 18 (82%) všeobecných sester pracuje v agentuře domácí péče, která poskytuje pacientům pohotovost na stabilním telefonním čísle 24 hodin/7 dní v týdnu. 4 (18%) všeobecné sestry zvolily možnost „Jiné“, přičemž 1 z nich doplnila, že zabezpečují péči rovněž na telefonním čísle, avšak jen určitou omezenou dobu, a zbylé 3 všeobecné sestry nedoplňují žádnou svoji odpověď.

U této otázky byl podíl jednotlivých odpovědí v obou krajích téměř shodný. Údaje v tabulce však ukazují, že v Ústeckém kraji funguje více agentur domácí péče s pohotovostí na stabilním telefonním čísle 24 hodin/7 dní v týdnu než ve Středočeském kraji.

### 4.3 Výzkumná otázka č. 2

#### **Jaká je informovanost všeobecných sester vybraných agentur domácí péče v oblasti poskytování paliativní ošetrovatelské péče?**

Pro zhodnocení této výzkumné otázky byly použity následující položky z dotazníku pro všeobecné sestry: definice pojmu paliativní péče, dotazníková položka č. 2 a dotazníková položka č. 6.

#### **Definice pojmu paliativní péče od všeobecných sester:**

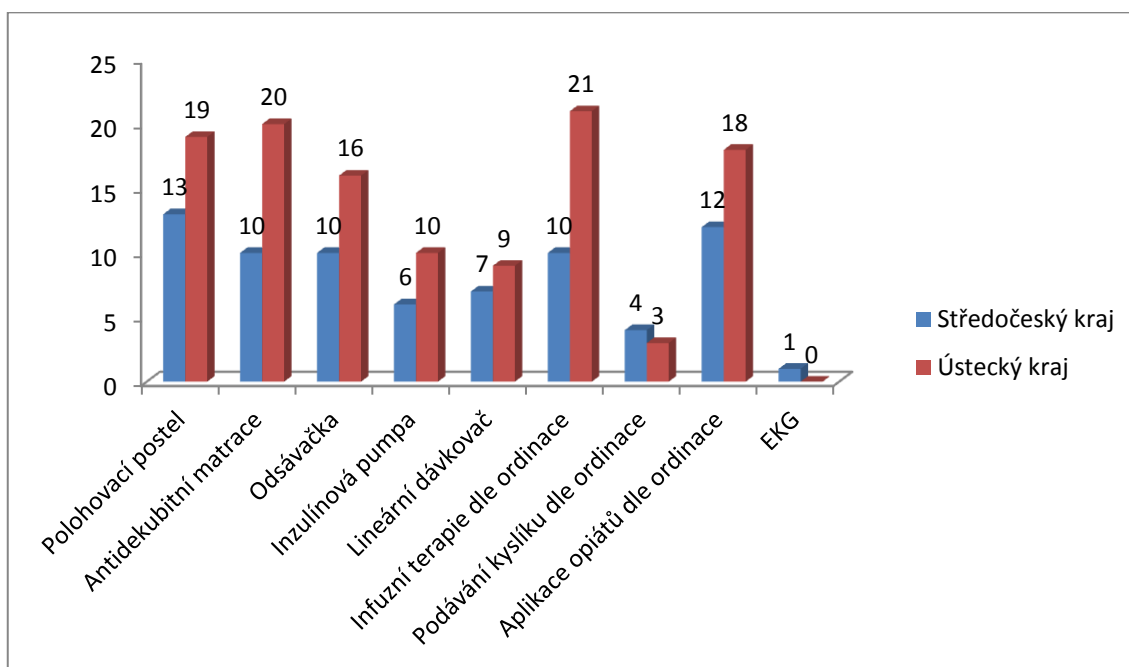
Jednotlivé definice pojmu paliativní péče byly vyhodnocovány stejným způsobem, jakým tomu bylo u definic od praktických lékařů. Za uspokojivé definice proto byly považovány ty, které obsahovaly alespoň jeden z následujících znaků (či jejich podobné vyjádření). Jedná se o spojení a užití slov: péče o pacienty v preterminálním a terminálním stadiu onemocnění; nemoc nereaguje na kurativní léčbu; léčba za účelem zmírnění bolesti pacientů; poskytnutí důstojné péče, podpory a pomoci blízkým; respektuje potřeby umírajících; vychází z přání a potřeb pacientů.

Celkem 16 definic paliativní péče obsahovalo kombinaci vždy 2 výše uvedených klíčových znaků. 12 odpovědí obsahovalo pouze 1 klíčové slovo v definici. 3 znaky byly uvedeny u 3 definic, 4 znaky byly taktéž obsaženy ve 3 definicích. 2 definice obsahovaly 5 klíčových slov. Všechna klíčová slova neobsahovala ani jedna definice. Z uvedeného tedy vyplývá, že většina všeobecných sester dokázala definovat pojem paliativní péče maximálně se dvěma uvedenými znaky.

#### **Analýza dotazníkové položky č. 2**

#### **Jakými pomůckami disponuje Vaše agentura domácí péče?**

- ☐ Polohovací postel
- ☐ Antidekubitní matrace
- ☐ Odsávačka
- ☐ Inzulínová pumpa
- ☐ Lineární dávkovač
- ☐ Infuzní terapie dle ordinace
- ☐ Podávání kyslíku dle ordinace
- ☐ Aplikace opiátů dle ordinace
- ☐ Jiné (doplňte):.....



Graf č. 1 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 2

Graf č. 1 zobrazuje pomůcky, kterými disponují agentury domácí péče Středočeského a Ústeckého kraje. Ústecký kraj disponuje nejvíce možností aplikace infuzní terapie (udalo 21 agentur), dále antidekubitní matrací disponuje 20 agentur a zároveň 19 agentur disponuje polohovacími lůžky. 18 agentur tohoto kraje uvedlo možnost aplikace opiátů dle ordinace. Středočeský kraj má v největším zastoupení polohovací lůžka (tuto informaci udávalo 13 agentur), 12 agentur uvedlo možnost aplikace opiátů dle ordinace a 10 agentur tohoto kraje disponuje antidekubitní matrací, odsávačkou, možností aplikace infuzní terapie dle ordinace. Pouze jediná agentura ve Středočeském kraji uvedla možnost využití EKG přístroje. Nejméně je zastoupeno podávání kyslíkové terapie v agenturách těchto krajů.

#### Analýza dotazníkové položky č. 6

**Je ve Vaší agentuře domácí péče možnost využití multiprofesní týmové spolupráce (pokud ano, zaškrtněte jaké)?**

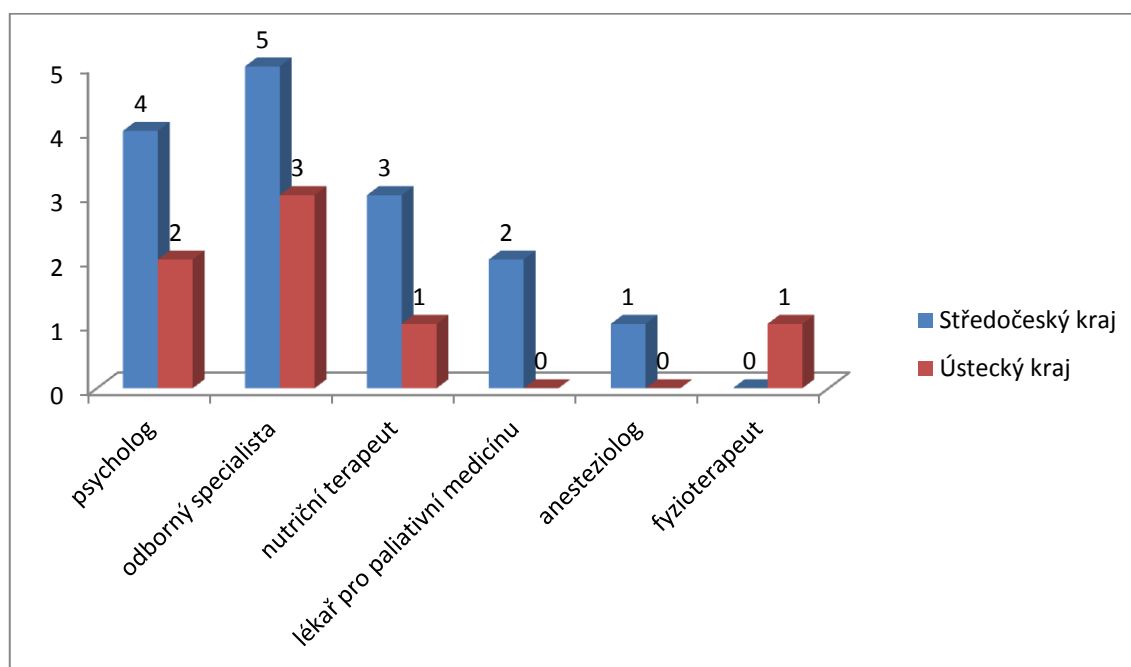
- ☐ Ne, není.
- ☐ Ano, je.
  - ☐ psycholog
  - ☐ odborný specialista
  - ☐ nutriční terapeut

○ jiné (doplňte):.....

Tabulka č. 19 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 6

Otázka č. 6	Středočeský kraj		Ústecký kraj	
	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %
Ne, není.	9	64	18	82
Ano, je.	5	36	4	18
<b>CELKEM</b>	14	100	22	100

Tabulka č. 19 zobrazuje odpovědi na otázku č. 6, zda agentura domácí péče má možnost využití multiprofesní týmové spolupráce. Ve Středočeském kraji téměř 2/3 všeobecných sester (9 sester tj. 64%) na tuto otázku odpovědělo, že u nich není možnost využití multiprofesní týmové spolupráce a 5 sester (36%) udalo možnost využití této spolupráce. V Ústeckém kraji převážná část všeobecných sester využila odpovědi, že u nich není možnosti využití multiprofesní spolupráce (18 sester tj. 82%) a využití spolupráce udaly 4 všeobecné sestry (18%). Následující graf znázorňuje jednotlivé zastoupení profesí patřících do multiprofesního týmu ve vybraných agenturách domácí péče.



Graf č. 2 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 6

Graf č. 2 znázorňuje jednotlivé profese, které zastupují Středočeský a Ústecký kraj v multiprofesním týmu. Nejvíce je zastoupen ve Středočeském kraji odborný specialista a psycholog, v Ústeckém kraji převažuje odborný specialista.

Na základě výše zmíněných údajů by se dalo říci, že je informovanost všeobecných sester v oblasti paliativní medicíny vyhovující. Avšak z výsledků doplňujících otázek vyplynulo, že vybavenost agentur domácí péče (co se týká pomůcek a možnosti multiprofesní týmové spolupráce) není na takové úrovni, jakou by vyžadovala Česká společnost paliativní medicíny.

#### **4.4 Výzkumná otázka č. 3**

**Jsou praktičtí lékaři vybraných krajů ČR při potřebě poskytnutí paliativní péče v domácím prostředí více odhodláni odeslat pacienta do zdravotnického zařízení, než aby ho ponechali v domácím prostředí?**

**H: Praktičtí lékaři vybraných krajů ČR při potřebě poskytnutí paliativní péče v domácím prostředí jsou více odhodláni odeslat pacienta do zdravotnického zařízení, než aby ho ponechali v domácím prostředí.**

K této výzkumné otázce byly zvoleny následující nulové ( $H_0$ ) a alternativní ( $H_a$ ) hypotézy:

**$H_0$ :** Mezi četnostmi odpovědí uvádějící praktickými lékaři vybraných krajů ČR při potřebě poskytnutí paliativní péče odhodlání odeslat pacienta do zdravotnického zařízení či ponechání pacienta v domácím prostředí není statisticky významný rozdíl.

**$H_a$ :** Mezi četnostmi odpovědí uvádějící praktickými lékaři vybraných krajů ČR při potřebě poskytnutí paliativní péče odhodlání odeslat pacienta do zdravotnického zařízení či ponechání pacienta v domácím prostředí je statisticky významný rozdíl.

Pro snadnější statistické zpracování dat získaných z vyplněných dotazníků bylo nutné nabídku uzavřených odpovědí upravit následujícím způsobem:

- Odpověď – „Rodině vysvětlím náročnost péče, a pokud přesto souhlasí s ošetřováním pacienta v domácím prostředí, doporučím automaticky spolupráci s agenturou domácí péče a ponechám pacienta doma.“

a „Rodině vysvětlím náročnost péče a raději doporučím domácí hospicovou péči.“ = **DOMÁCÍ PROSTŘEDÍ**

- Odpověď – „Rodině vysvětlím náročnost péče a raději doporučím hospicovou péči v zařízení.“ a „Rodině vysvětlím náročnost péče a raději doporučím hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení.“ = **ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ**

Rozdíl v odhodlání odeslat pacienta do zdravotnického zařízení či ponechání pacienta v domácím prostředí byl ověřován přes následující otázku:

**Otázka č. 3 Pokud byste měl mít v péči pacienta v preterminálním nebo terminálním stadiu onemocnění, u kterého rodina požádá o péči v domácím prostředí, jak byste řešil situaci?**

*Tabulka č. 20 Četnosti odpovědí na otázku č. 3 u praktických lékařů*

Odpověď	Středočeský kraj		Ústecký kraj		CELKEM
	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %	Absolutní četnosti
<b>Domácí prostředí</b>	26	100	17	77	<b>43</b>
<b>Zdravotnické zařízení</b>	0	0	5	23	<b>5</b>
<b>Celkem</b>	26	100	22	100	<b>48</b>

**Výpočet:**

$$G = \frac{(43 - 48 * 0,5)^2}{48 * 0,5} + \frac{(5 - 48 * 0,5)^2}{48 * 0,5} = 30,08$$

Vypočítaná hodnota testového kritéria vyšla 30,08. Kritický obor se skládá zleva uzavřeného intervalu  $(3,84; \infty)$  při zvolené hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  a při  $v = 1$  počtu stupňů volnosti.

**Rozhodnutí o přijetí či zamítnutí  $H_0$ :**

Vzhledem k tomu, že hodnota testového kritéria spadá do kritického oboru, nulová hypotéza se zamítá a přijímá se hypotéza alternativní.

### **Závěr statistického testování hypotézy:**

Po statistickém zhodnocení odpovědí respondentů se potvrdilo, že mezi četnostmi odpovědí uvedenými praktickými lékaři vybraných krajů ČR při potřebě poskytnutí paliativní péče odhodlání odeslat pacienta do zdravotnického zařízení či ponechání pacienta v domácím prostředí existuje statisticky významný rozdíl.

## **4.5 Výzkumná otázka č. 4**

**Existuje v agenturách domácí péče vybraných krajů ČR rozdílný přístup všeobecných sester k otázkám řešení bolesti u pacientů v terminálním stadiu nemoci?**

Pro zhodnocení této výzkumné otázky byla využita dotazníková položka č. 9 z dotazníku pro všeobecné sestry.

### **Analýza dotazníkové položky č. 9**

**Jak řešíte otázku bolesti Vy jako sestra (zaškrtněte možné odpovědi):**

- ☐ Sleduji účinek předepsané analgetické léčby (VAS, numerická stupnice, slovní zhodnocení).
- ☐ Provádím záznamy o bolesti v ošetrovatelské dokumentaci.
- ☐ Informuji praktického lékaře o účincích analgetické léčby.
- ☐ Jiné (doplňte):.....

Tabulka č. 21 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 9

Otázka č. 9	Středočeský kraj		Ústecký kraj	
	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %
<b>Sleduji účinek předepsané analgetické léčby (VAS, numerická stupnice, slovní zhodnocení).</b>	11	79	11	50
<b>Provádím záznamy o bolesti v ošetrovatelské dokumentaci.</b>	13	93	16	73
<b>Informuji praktického lékaře o účincích analgetické léčby.</b>	12	86	19	86
<b>Jiné</b>	0	0	0	0
<b>CELKEM</b>	14	100	22	100

Tabulka č. 21 zobrazuje odpovědi na otázku č. 9. Zde všeobecné sestry mohly zvolit více variant odpovědí. Všeobecné sestry ze Středočeského kraje v počtu 11 všeobecných sester (79%) ze 14 zvolilo odpověď „Sleduji účinek předepsané analgetické léčby (VAS, numerická stupnice, slovní zhodnocení)“, 13 všeobecných sester (93%) ze 14 zvolilo, že provádí záznamy o bolesti v ošetrovatelské dokumentaci, 12 všeobecných sester (86%) ze 14 informují praktického lékaře o účincích léčby. V Ústeckém kraji měla největší zastoupení odpověď „Informuji praktického lékaře o účincích analgetické léčby“ v počtu 19 všeobecných sester (86%) z 22, záznamy o bolesti v ošetrovatelské dokumentaci provádí 16 všeobecných sester (73%) z 22 a odpověď „Sleduji účinek předepsané analgetické léčby (VAS, numerická stupnice, slovní zhodnocení)“ využilo 11 všeobecných sester (50%) z 22 sester Ústeckého kraje.

Z uvedených odpovědí tedy vyplývá, že všeobecné sestry Středočeského kraje ve větší míře řeší otázku bolesti, než je tomu u všeobecných sester Ústeckého kraje. Mezi oběma kraji proto existuje rozdílný přístup všeobecných sester k řešení bolesti u pacientů v terminálním stadiu nemoci.



## 4.6 Doplnující výzkumná otázka č. 5

Při studiu literatury týkající se poskytování paliativní péče v domácím prostředí mě zaujala problematika řešení bolesti praktickými lékaři u pacientů v preterminálním a terminálním stadiu onemocnění. Proto byla zvolena následující výzkumná otázka.

**Řeší praktičtí lékaři vybraných krajů ČR bolest pacientů převážně analgetiky opiátového a neopiátového typu, než aby je odeslali do ordinace „Centra léčby bolesti“?**

**H: Praktičtí lékaři vybraných krajů ČR řeší bolest pacientů převážně analgetiky opiátového a neopiátového typu, než aby je odeslali do ordinace „Centra léčby bolesti“.**

**H<sub>0</sub>:** Mezi četnostmi odpovědí praktických lékařů vybraných krajů ČR uvádějící řešení bolesti pacientů analgetiky opiátového a neopiátového typu a odesláním pacienta do ordinace „Centra léčby bolesti“ není statisticky významný rozdíl.

**H<sub>a</sub>:** Mezi četnostmi odpovědí praktických lékařů vybraných krajů ČR uvádějící řešení bolesti pacientů analgetiky opiátového a neopiátového typu a odesláním pacienta do ordinace „Centra léčby bolesti“ je statisticky významný rozdíl.

Z důvodu snadnějšího statistického zpracování dat z vyplněných dotazníků bylo nutné nabídku uzavřených odpovědí upravit následujícím způsobem:

- Odpověď – „Předepíši neopiátová analgetika.“ a „Předepíši středně silný opiát + opiátové analgetikum + neopiátová analgetika.“ a „Předepíši silný opiát a opiátové analgetikum + neopiátová analgetika.“ = **ANALGETIKA**
- Odpověď – „Objednám pacienta do ordinace „Centra léčby bolesti.“ a „Řeším individuálně dle zdravotního stavu a posouzení pacienta a hodnocení dle analogové škály bolesti.“ a „Kombinace výše uvedených.“ = **CENTRUM LÉČBY BOLESTI**

Rozdíl mezi řešením bolesti pacientů analgetiky opiátového a neopiátového typu a odesláním pacienta do ordinace „Centra léčby bolesti“ byl ověřován přes následující otázku:

**Otázka č. 6 Jak řešíte léčbu bolesti u pacientů v preterminálním a terminálním stadiu onemocnění?**

*Tabulka č. 22 Četnosti odpovědí na otázku č. 6 u praktických lékařů*

Odpověď	Středočeský kraj		Ústecký kraj		CELKEM
	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %	Absolutní četnosti
<b>Analgetika</b>	2	8	0	0	<b>2</b>
<b>Centrum léčby bolesti</b>	24	92	22	100	<b>46</b>
<b>Celkem</b>	26	100	22	100	<b>48</b>

**Výpočet:**

$$G = \frac{(2 - 48 * 0,5)^2}{48 * 0,5} + \frac{(46 - 48 * 0,5)^2}{48 * 0,5} = 40,33$$

Vypočítaná hodnota testového kritéria vyšla 40,33. Kritický obor se skládá z leva uzavřeného intervalu  $(3,84; \infty)$  při zvolené hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  a při  $v = 1$  počtu stupňů volnosti.

**Rozhodnutí o přijetí či zamítnutí  $H_0$ :**

Vzhledem k tomu, že hodnota testového kritéria spadá do kritického oboru, nulová hypotéza se zamítá a přijímá se hypotéza alternativní.

**Závěr statistického testování hypotézy:**

Po statistickém vyhodnocení odpovědí respondentů se potvrdilo, že mezi četnostmi odpovědí praktických lékařů vybraných krajů ČR uvádějící řešení bolesti pacientů analgetiky opiátového a neopiátového typu a odesláním pacienta do ordinace „Centra léčby bolesti“ je statisticky významný rozdíl.

## 5 Diskuze

Poskytování paliativní ošetrovatelské péče v domácím prostředí je hlavním tématem této bakalářské práce. Důvod, který mě vedl k tomu, abych se ve svém výzkumu zabývala otázkou problematiky poskytování paliativní ošetrovatelské péče v domácím prostředí, byly informace, jež poskytla Česká společnost paliativní medicíny pod vedením Slámy, Kabelky a Špinkové z roku 2013, že praktičtí lékaři odesílají pacienty v preterminálním a terminálním stadiu onemocnění do zdravotnického zařízení, než aby je ponechali v domácím prostředí za spolupráce agentur domácí péče. Výše zmínění autoři uvádí, že vážne i předepisování potřebné symptomatické léčby. Z uvedených důvodů se výzkum zabýval otázkami, jak lékaři vybraných krajů řeší poskytování péče v domácím prostředí, zda pacienta ponechají v domácím prostředí za pomoci agentur domácí péče, nebo raději odešlou pacienta do zdravotnického zařízení a jak zvládají léčbu bolesti u pacientů v preterminálním a terminálním stadiu onemocnění.

V uvedených periodikách se poukazuje na skutečnost, že většina agentur domácí péče nemá trvalou dostupnost 24 hodin/7dní v týdnu a dále Sláma a kolektiv uvádí, že všeobecné sestry nejsou dostatečně vzdělané v oblasti poskytování paliativní péče. Tento výzkum je tedy zaměřen na prozkoumání otázek týkajících se dostupnosti agentur domácí péče při poskytování služeb, a na informovanost všeobecných sester jednotlivých agentur domácí péče o paliativní ošetrovatelské péči.

Pro provedení výzkumu byl zvolen Středočeský a Ústecký kraj. Důvodem tohoto výběru bylo místo bydliště autorky a vedoucí této bakalářské práce, neboť je předpokladem, že výsledky získané výzkumem mohou být následně použity pro prezentaci v těchto krajích.

Před samotným výzkumem bylo zapotřebí teoreticky vymezit určité základní pojmy jako například paliativní péče, domácí péče a bolest, což je součástí teoretické části práce. Na teoretické pojetí plynule navázalo sestavení dvou dotazníků (pro praktické lékaře a pro všeobecné sestry z vybraných agentur domácí péče). Bylo nutné stanovit výzkumné otázky spolu s nulovými a alternativními hypotézami.

Jako metoda výzkumu byla zvolena forma nestandardizovaného dotazníkového šetření. Oba dotazníky byly rozděleny do 3 hlavních částí. První část obsahovala otázky zaměřené na sociodemografické údaje, ve druhé části měli respondenti definovat pojem paliativní péče a poslední část obou dotazníků zaujímaly zaškrťovací otázky.

Po shromáždění všech vyplněných dotazníků bylo nutné důkladně prozkoumat, zda mohou být zařazeny do statistického zhodnocení výzkumu. V případě, že nebyl dotazník vyplněn relevantně, tj. ten, který neměl vyplněné všechny otázky, byl vyřazen. Zároveň v této fázi byly zkoumány i uvedené definice paliativní péče od jednotlivých respondentů. Za uspokojivé definice byly považovány zejména takové definice, které obsahovaly alespoň jeden z následujících znaků (či jejich podobné vyjádření). Jedná se o spojení a užití slov: péče o pacienty v preterminálním a terminálním stadiu onemocnění; nemoc nereaguje na kurativní léčbu; léčba za účelem zmírnění bolesti pacientů; poskytnutí důstojné péče, podpory a pomoci blízkým; respektuje potřeby umírajících; vychází z přání a potřeb pacientů.

Celkem bylo požádáno 193 praktických lékařů Středočeského a Ústeckého kraje o vyplnění dotazníku. Vyplněných dotazníků od praktických lékařů přišlo 48 a všechny byly relevantně vyplněny a tudíž zařazeny do výzkumu. Všech 48 vyplněných dotazníků obsahovalo výše uvedená klíčová slova, proto tyto definice byly považovány za uspokojivé. Zvláštností u jedné odpovědi praktického lékaře na definici paliativní péče byla vedle uspokojivé definice uvedena i poznámka, abychom si nedělali srandu z práce lékaře.

Dotazník pro všeobecné sestry byl odeslán celkem do 87 agentur domácí péče Středočeského a Ústeckého kraje. Z toho 37 se jich vrátilo vyplněných. Jeden dotazník musel být vyřazen, neboť nebyly vyplněny všechny otázky. Zajímavostí u tohoto dotazníku byla i skutečnost, že daný respondent jako jediný neuvedl uspokojivou definici paliativní péče. Pouze zde uvedl, že pod pojmem paliativní péče chápe péči o „nepohyblivé pacienty“. Z toho je tedy možno usuzovat, že daný respondent nemá znalosti o paliativní péči. Definice ze zbývajících 36 relevantně vyplněných dotazníků obsahovaly zmíněná klíčová slova.

Při hodnocení odpovědí týkajících se definice paliativní péče je nutno podotknout, jakou nevýhodu měla tato elektronická forma vyplnění dotazníku. Několik definic, které měly poukázat na znalost termínu paliativní péče, byly vyplněny natolik dokonale, že zde může být i domněnka použití internetového zdroje jako zdroje hledání odpovědi. Pro tuto skutečnost svědčí i fakt, že mezi odpověďmi byly dvě naprosto identické definice pojmu paliativní péče. Tímto elektronickým vyplněním dotazníku nebylo možné ověřit čas strávený nad vyplňováním, kde respondenti hledali odpovědi apod.

Použití této elektronické formy vyplnění dotazníku pokládám za zkušenost, která by mi mohla být vzorem pro případnou další práci. Zde bych si mohla dát pozor, jakou

variantu vyplnění dotazníku volím, mohla bych zvolit časové omezení vyplnění dotazníku a jiné. Jednalo by se o případnou eliminaci chyb do budoucna.

Z důvodu nízkého počtu respondentů obou dotazníků musela být zvolena vhodná statistická analýza. Tato skutečnost rovněž vedla k omezené možnosti generalizace získaných poznatků na všechny praktické lékaře a všeobecné sestry z agentur domácí péče.

První otázkou týkající se výzkumu této bakalářské práce je otázka časové dostupnosti agentur domácí péče při poskytování paliativní ošetrovatelské péče. Jak uvádí informace z dostupných periodik České společnosti paliativní medicíny, většina agentur domácí péče nemá trvalou dostupnost při poskytování ošetrovatelské péče. Pro tento výzkum byla stanovena tato výzkumná otázka:

**Existuje v agenturách domácí péče vybraných krajů ČR rozdílná časová dostupnost při poskytování paliativní péče?**

V dotazníku určeném pro všeobecné sestry vybraných agentur domácí péče byli respondenti dotazováni, zda jejich agentura domácí péče nabízí dostupnost 24 hodin/7 dní v týdnu, a jako ověřující otázku byli dotázáni, jak je tato péče v jejich agentuře domácí péče zabezpečena, přičemž zde mohli zvolit jako variantu odpovědi buď „Pohotovostí na stabilním telefonním čísle 24hodin/7 dní v týdnu“, nebo mohli doplnit svou vlastní odpověď.

Z odpovědí získaných daným dotazníkem vyplývá, že agentury domácí péče ve Středočeském kraji ve 12 případech nabízí dostupnost 24 hodin/7dní v týdnu, kdy jejich péče je v 11 případech zajištěna pohotovostí na pohotovostním mobilním telefonu 24 hodin/7 dní v týdnu, jen 1 respondent doplnil, že jejich agentura domácí péče zabezpečuje péči také na pohotovostním telefonním čísle, ale jen omezenou dobu. 2 agentury domácí péče tohoto kraje neposkytují ošetrovatelskou péči 24 hodin/7 dní v týdnu. Agentury domácí péče v Ústeckém kraji v 17 případech poskytují dostupnost péče 24 hodin/7 dní v týdnu a 5 agentur domácí péče nenabízí dostupnost 24 hodin/7 dní v týdnu. Z výsledků ještě bylo zjištěno, že 18 agentur domácí péče tohoto kraje uvádí, že dostupnost je zajištěna pohotovostí na mobilním telefonním čísle 24 hodin/7 dní v týdnu a 4 sestry těchto agentur zvolily možnost „Jiné“, kdy 1 sestra doplnila, že zabezpečují péči rovněž na telefonním čísle, ale jen po určitou dobu. Ostatní 3 respondenti nedoplnili žádnou odpověď.

Z těchto výsledků lze tedy odvodit, že je zde popřeno tvrzení Slámy, Kabelky a Špinkové, že agentury domácí péče nemají trvalou dostupnost. Uvedené vybrané kraje nám potvrdily, že 86% agentur domácí péče Středočeského kraje a 77% agentur domácí péče Ústeckého kraje má trvalou dostupnost 24 hodin/7 dní v týdnu, kterou mají zabezpečenou na pohotovostním telefonním čísle dané agentury.

Další výzkumná otázka se zabývala informovaností všeobecných sester o paliativní ošetrovatelské péči. Této problematice se věnovala i Česká společnost paliativní medicíny v roce 2013, kdy poukazovali na to, že všeobecné sestry nejsou dostatečně vzdělané v této oblasti. Proto byla zvolena následující výzkumná otázka:

**Jaká je informovanost všeobecných sester vybraných agentur domácí péče v oblasti poskytování paliativní ošetrovatelské péče?**

Pro zhodnocení této výzkumné otázky byly použity definice paliativní péče jednotlivých respondentů. Jako doplnění této otázky sloužily odpovědi na dotazníkové položky č. 2 a č. 6. Při vyhodnocování všech uvedených definic bylo zjištěno, že převážná část (16) všeobecných sester dokázala definovat tento pojem s použitím 2 klíčových slov uvedených výše. 12 všeobecných sester definovalo pojem pouze s 1 klíčovým slovem. Zbylí respondenti využili 3 a více klíčových slov. Zajímavostí u těchto definic byla skutečnost, že u dvou respondentů se 2 definice naprosto shodovaly. Jeden respondent uvedl, že pod pojmem paliativní péče chápe péči o nepohyblivé pacienty. Vzhledem k tomu, že dotazník tohoto respondenta byl z důvodu 3 nevyplněných otázek vyřazen z analýzy, nebyla tato odpověď brána za relevantní. Přesto tato jediná definice svědčí o nevědomosti dané osoby o problematice paliativní péče.

Důležitou roli při poskytování paliativní ošetrovatelské péče hrají i pomůcky, kterými disponují agentury domácí péče poskytující tuto péči. Z tohoto důvodu byla v rámci této výzkumné otázky vyhodnocována i otázka zabývající se vybaveností jednotlivých agentur domácí péče. Výsledky ukazují, že v počtu vybavených agentur domácí péče je na tom lépe Ústecký kraj. Nejvíce agentur domácí péče umožňuje infuzní terapii dle ordinace (21x), dále disponují antidekubitní matrací (20x), polohovací postelí (19x) a aplikací opiátů dle ordinace (18x). Odsávačkou disponuje 16 agentur domácí péče Ústeckého kraje. Ostatní položky mají k dispozici zhruba v 10 agenturách domácí péče. Ve Středočeském kraji mají agentury domácí péče nejčastěji polohovací postel (13x), dále nabízí aplikaci opiátů dle ordinace (12x), antidekubitní matraci (10x), odsávačku

(10x) a infuzní terapii dle ordinace (10x). Z obou zvolených krajů pouze jedna agentura domácí péče (ze Středočeského kraje) udává možnost využití EKG přístroje.

Pro kvalitní vykonávání paliativní ošetrovatelské péče je zapotřebí multiprofesní týmové spolupráce v rámci agentury domácí péče. Proto byly všeobecné sestry tázány, zda v jejich agenturách tato možnost existuje. Pouze u 5 agentur domácí péče Středočeského kraje a 4 agentur domácí péče Ústeckého kraje existuje možnost využití multiprofesní týmové spolupráce při poskytování paliativní ošetrovatelské péče. Respondenti Středočeského kraje uvedli v 5 případech spolupráci s odborným specialistou, ve 4 případech s psychologem, ve 3 případech s nutričním terapeutem, ve 2 případech spolupráce s lékařem pro paliativní medicínu a 1 anesteziologem. 4 agentury domácí péče Ústeckého kraje uvádí možnost spolupráce ve 3 případech s odborným specialistou, ve 2 s psychologem a po jedné s nutričním terapeutem a fyzioterapeutem.

Na základě těchto údajů může být konstatováno, že je informovanost všeobecných sester v oblasti paliativní medicíny vyhovující. Avšak z výsledků doplňujících otázek vyplynulo, že vybavenost agentur domácí péče (co se týká pomůcek a možnosti multiprofesní týmové spolupráce) není na takové úrovni, jakou by vyžadovala Česká společnost paliativní medicíny.

Pro prozkoumání problému zabývajícího se ponecháním pacienta v preterminálním a terminálním stadiu onemocnění v domácím prostředí nebo odeslání pacienta do zdravotnického zařízení byla zvolena tato hypotéza:

**Praktičtí lékaři vybraných krajů ČR při potřebě poskytnutí paliativní péče v domácím prostředí jsou více odhodláni odeslat pacienta do zdravotnického zařízení, než aby ho ponechali v domácím prostředí.**

Záměrem hypotézy směřované k hlavnímu cíli předkládané práce bylo zjištění, zda mezi odhodláním praktických lékařů při potřebě poskytnutí paliativní péče v domácím prostředí odeslat pacienty do zdravotnického zařízení nebo jej ponechat v domácím prostředí existuje statisticky významný rozdíl. Před samotným stanovením hypotézy bylo nutné určit výzkumnou otázku: Jsou praktičtí lékaři vybraných krajů ČR při potřebě poskytnutí paliativní péče v domácím prostředí více odhodláni odeslat pacienta do zdravotnického zařízení, než aby ho ponechali v domácím prostředí?

Pro ověření dané hypotézy bylo využito všech 48 relevantně vyplněných dotazníků od praktických lékařů Středočeského a Ústeckého kraje. Z výsledků výzkumu může být

konstatováno, že mezi četnostmi odpovědí uvádějící praktickými lékaři vybraných krajů ČR při potřebě poskytnutí paliativní péče odhodlání odeslat pacienta do zdravotnického zařízení či ponechání pacienta v domácím prostředí existuje statisticky významný rozdíl. Zajímavostí u zkoumání platnosti této hypotézy bylo to, že ve Středočeském kraji 26 (100%) praktických lékařů upřednostnilo domácí prostředí, kdežto v Ústeckém kraji jej upřednostnilo pouze 17 (77%) praktických lékařů.

Ze získaných výsledků tedy vyplývá, že lékaři ve Středočeském kraji a lékaři v Ústeckém kraji raději ponechají pacienta v preterminálním a terminálním stadiu onemocnění v domácím prostředí za pomoci agentury domácí péče. To tedy znamená, že získané výsledky se neshodují s informacemi Slámy, Kabelky a Špinkové, kteří uvádějí, že pacienti jsou více odesíláni do zdravotnického zařízení v období preterminálním a terminálním stadiu onemocnění. Výše uvedená hypotéza je tedy zamítnuta.

Dále byla pro výzkum zvolena následující výzkumná otázka:

**Existuje v agenturách domácí péče vybraných krajů ČR rozdílný přístup všeobecných sester k otázkám řešení bolesti u pacientů v terminálním stadiu nemoci?**

Této problematice byla věnována jedna otázka v dotazníku pro všeobecné sestry. Ta měla za úkol zjistit, jak všeobecné sestry řeší otázku bolesti. Všeobecné sestry mohly zvolit více variant odpovědí. Těmi byly následující možnosti: „Sleduji účinek předepsané analgetické léčby (VAS, numerická stupnice, slovní zhodnocení).“; „Provádím záznamy o bolesti v ošetrovateľské dokumentaci.“; „Informuji praktického lékaře o účincích analgetické léčby.“ a „Jiné (doplňte)“. Více než 80% všeobecných sester Středočeského kraje sleduje účinek předepsané analgetické léčby pomocí VAS, numerické stupnice či slovního zhodnocení, provádí záznamy o bolesti v ošetrovateľské dokumentaci a informují praktického lékaře o účincích léčby. V Ústeckém kraji bylo nižší procentuální zastoupení (70%) výše uvedených odpovědí oproti Středočeskému kraji. Z uvedených údajů tedy vyplývá, že všeobecné sestry ve Středočeském kraji ve větší míře řeší otázku bolesti, jak uvádí výše uvedené odpovědi, než je tomu u všeobecných sester Ústeckého kraje. Mezi oběma kraji proto existuje rozdílný přístup všeobecných sester k řešení bolesti u pacientů v terminálním stadiu nemoci.



Pro další výzkum bylo zvoleno tvrzení Slámy a kol., že vážne předepisování potřebné symptomatické léčby. Byla stanovena tato hypotéza:

**Praktičtí lékaři vybraných krajů ČR řeší bolest pacientů převážně analgetiky opiátového a neopiatového typu, než aby je odeslali do ordinace „Centra léčby bolesti“.**

K této hypotéze se vztahovala následující výzkumná otázka: Řeší praktičtí lékaři vybraných krajů ČR bolest pacientů převážně analgetiky opiátového a neopiatového typu, než aby je odeslali do ordinace „Centra léčby bolesti“? Stejně jako u předchozí hypotézy, i zde byla k výzkumné otázce stanovena nulová a alternativní hypotéza. Při zkoumání tohoto jevu se vycházelo z předpokladu, že bolest pacientů je převážně řešena analgetiky opiátového a neopiatového typu. Daná hypotéza byla opět ověřována pro oba zvolené kraje odděleně. Výsledkem je tedy tvrzení, že mezi četnostmi odpovědí praktických lékařů vybraných krajů ČR uvádějící řešení bolesti pacientů analgetiky opiátového a neopiatového typu a odesláním pacienta do ordinace „Centra léčby bolesti“ existuje statisticky významný rozdíl.

Ze získaných výsledků vyplývá, že lékaři Středočeského kraje odešlou pacienta v preterminálním a terminálním stadiu onemocnění do ordinace Centra léčby bolesti, což pro pacienta je podstatně lepší, než aby lékař předepisoval analgetickou léčbu sám. V ordinaci Centra léčby bolesti řeší bolest individuálně dle zdravotního stavu pacienta. Jen 2 lékaři tohoto kraje upřednostňují předepisování analgetické léčby v domácím prostředí. Výsledky týkající se Ústeckého kraje jsou obdobné, zde všichni lékaři odešlou pacienta do ordinace Centra léčby bolesti, což znamená, že pacientovi je věnována péče týkající se léčby bolesti. V obou případech to tedy znamená, že tvrzení Slámy, Kabelky a Špinkové je i zde vyvráceno – lékaři obou těchto krajů řeší léčbu bolesti důsledně.

Výzkum byl prováděn v ordinacích praktických lékařů Středočeského a Ústeckého kraje a v agenturách domácí péče Středočeského a Ústeckého kraje, které měly uvedenou E-mailovou adresu. Zastoupení těchto krajů je tedy odkázáno na danou E-mailovou adresu. Výsledky výzkumu mohou být zkresleny, neboť možnost vyjádřit se k daným dotazníkům měli jen někteří praktičtí lékaři a agentury domácí péče.

## 6 Návrh doporučení pro praxi

Cílem předkládané bakalářské práce bylo prozkoumání několika otázek týkajících se poskytování paliativní ošetrovatelské péče v domácí péči. Cílem výzkumu bylo mimo jiné zjištění, zda praktičtí lékaři při péči o pacienty v preterminálním a terminálním stadiu onemocnění by ponechali pacienta v domácím prostředí, nebo zda by ho raději odeslali do zdravotnického zařízení. Důležité pro toto rozhodnutí praktickým lékařem je i zjištění dostupnosti poskytování služeb agentur domácí péče, zda je či není jejich dostupnost 24 hodin/7 dní v týdnu.

Jelikož z výzkumu vyplynulo, že praktičtí lékaři by ponechali pacienty v domácím prostředí za pomoci poskytnutí péče agenturami domácí péče, tak je nezbytné, aby došlo ke zkvalitnění přenosu informací mezi praktickými lékaři a agenturami domácí péče.

Návrhem pro uplatnění tohoto výzkumu v praxi by mohla být „Nabídka poskytovaných služeb pro praktické lékaře“, kterou by jednotlivé agentury vyplnily a poskytly svým praktickým lékařům. Ukázka této „Nabídky“ je součástí přílohy č. 6.

V této nabídce je důležité poskytnutí informací týkajících se dostupnosti služeb jednotlivých agentur včetně čísla pohotovostního mobilního telefonu. Dále zde bude upřesněn přehled jednotlivých poskytovaných služeb, které bývají pacientovi doporučeny na základě indikace ošetřujícího praktického lékaře. Agentury domácí péče zde přesně specifikují, které služby jsou schopny pacientovi poskytnout a jsou v jejich kompetencích je provést. Z nabídky poskytovaných služeb se ještě praktický lékař dozví, kterými pomůckami agentura disponuje.

Veškeré tyto informace jsou nezbytné pro zkvalitnění poskytovaných služeb pacientům. Bez těchto informací je pro praktické lékaře těžké rozhodování, zda ponechat pacienta v domácím prostředí, nebo zda ho má odeslat do zdravotnického zařízení.

Pokud agentury domácí péče budou poskytovat praktickým lékařům přesné informace o možnostech poskytování jednotlivých služeb, mohlo by dojít ke zkvalitnění poskytované ošetrovatelské péče pacientům všech věkových kategorií i různých onemocnění. Pacientům by za spolupráce praktických lékařů s agenturami domácí péče mohla vzniknout možnost prožít svou nemoc důstojněji v kruhu svých nejbližších.

## 7 Závěr

Bakalářská práce se zabývala tématem „Paliativní ošetrovatelská péče jako součást práce všeobecné sestry v domácí péči“. V teoretické části byly vysvětleny základní pojmy, jakými jsou zejména paliativní péče, domácí péče, bolest a jejich vzájemné vazby.

Bakalářská práce měla 4 základní cíle zájmu. Hlavním předmětem výzkumné části bylo zjištění, zda jsou praktičtí lékaři při potřebě poskytnutí paliativní ošetrovatelské péče více odhodláni odeslat pacienta do zdravotnického zařízení, nebo jestli jej raději ponechají v domácím prostředí za pomoci agentury domácí péče. Stanovená pracovní hypotéza vycházela z předpokladu, že lékaři raději upřednostní u pacientů hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení. Na základě zjištěných údajů však byla tato hypotéza zamítnuta. Dalšími cíli práce bylo zjištění dostupnosti vybraných agentur domácí péče, informovanosti jednotlivých všeobecných sester pracujících v agenturách domácí péče o paliativní péči a v neposlední řadě také zjištění, jak všeobecné sestry řeší otázku bolesti u pacientů v terminálním stadiu nemoci. Práce naplnila všechny sledované cíle.

Výsledky a závěry z této práce mohou být využity ke zkvalitnění poskytování paliativní péče agenturami domácí péče za pomoci praktických lékařů. Dále by tato práce mohla posloužit jako jedno z východisek pro další zkoumání paliativní péče.

## Seznam bibliografických citací

### Monografie

- 1 HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie – Nauka o umírání a smrti*. 2. přepracované vydání. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.
- 2 HINDLS Richard, Stanislava HRONOVÁ, Jan SEGER, Jakub FISCHER. *Statistika pro ekonomy*. 8. vydání. Praha: Professional Publishing, 2007. ISBN 978-80-86946-43-6.
- 3 HOLEKSOVÁ, Tat'ána. *Ležící nemocný člověk v domácím prostředí*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, spol. s r.o., 2002. ISBN 80-247-0212-6.
- 4 KELNAROVÁ, Jarmila a kol. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty – 2. ročník/ 1. díl*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. ISBN 978-80-247-3105-6.
- 5 KUPKA, Martin. *Psychologické aspekty paliativní péče*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2931-1.
- 6 MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.
- 7 MISCONIOVÁ, Blanka. *Domácí a primární péče včera, dnes a zítra*. Praha: Národní centrum domácí péče České republiky, 1998.
- 8 MISCONIOVÁ, Blanka. *Domácí péče – Otázky a odpovědi*. Praha: Národní centrum domácí péče České republiky. Rok není uveden.
- 9 MISCONIOVÁ, Blanka. *Management Komplexní domácí péče*. 1. vydání. Asociace domácí péče České republiky – Národní centrum domácí péče. Rok není uveden.
- 10 MISCONIOVÁ, Blanka. *Péče o umírající – hospicová péče*. Praha: Národní centrum domácí péče České republiky ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví České republiky. Rok není uveden.
- 11 PLEVOVÁ Ilona a kol. *Ošetrovatelství I*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3557-3.
- 12 POKORNÁ Andrea a kol. *Ošetrovatelství v geriatrii – Hodnoticí nástroje*. 1. vydání. Praha: Grada publishing, a.s., 2013. ISBN 978-80-247-4316-5.
- 13 RADBRUCH, Lukas, Sheila PAYNE, správní rada EAPC. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě*. Cesta domů a Česká společnost paliativní medicíny, 2010.

- 14 SKÁLA, Bohumil, Ondřej SLÁMA, Jiří VORLÍČEK, Ladislav KABELKA. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci – Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2011. ISBN 978-80-86998-51-0.
- 15 SLÁMA, Ondřej, Josef DRBAL, Ludmila PLÁTOVÁ. *Umřít doma – příručka pro laické pečující*. 1. vydání. Brno: Moravskoslezský kruh, o.s., 2008. ISBN 978-80-254-2788-0.
- 16 SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA, Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vydání. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-505-5.
- 17 SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. ISBN 978-80-247-4107-9.
- 18 ŠAMÁNKOVÁ Marie a kol. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3223-7.
- 19 VORLÍČEK, Jiří. Zdeněk ADAM. POSPÍŠILOVÁ, Yvona. *Paliativní medicína*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. ISBN 80-247-0279-7.

### **Odborné články**

- 20 Charita Česká republika. *Co je mobilní hospic* [online]. 2014 [cit. 2014-04-18]. Dostupné z: <http://domaci.hospic.cz/co-je-mobilni-hospic.html>
- 21 Asociace domácí péče ČR o.s. *Historie domácí zdravotní péče* [online]. 2013 [cit. 2013-11-06]. Dostupné z: <http://www.adp-cr.cz/4811/historie-domaci-zdravotni-pece/>
- 22 MISCONIOVÁ, Blanka. *Historie domácí péče*. Národní centrum domácí péče České republiky [online]. 2006 [cit. 2013-11-06]. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/historie-domaci-pece->
- 23 MISCONIOVÁ, Blanka. *Systém domácí péče – informace pro klienty*. Národní centrum domácí péče České republiky [online]. 2006 [cit. 2013-10-08]. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty->
- 24 SLÁMA, Ondřej. KABELKA, Ladislav. ŠPINKOVÁ, Martina. *Paliativní péče v ČR v roce 2013*. Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně [online]. 12. 2. 2013 [cit. 2013-05-25]. Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/aktualita/paliativni-pece-v-cr-v-roce-2013>.

### **Zákony a normy**

- 25 ČESKO. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Věstník ministerstva zdravotnictví České republiky. 2004, částka 9. Dostupné z: [www.kntb.cz/userfiles/Vestnik\\_9-2004.rtf](http://www.kntb.cz/userfiles/Vestnik_9-2004.rtf)
- 26 ČESKO. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Věstník ministerstva zdravotnictví České republiky. 2004, částka 12. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik\\_3651\\_1778\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3651_1778_11.html)

### **Jiné zdroje**

- 27 *Analýza dat o domácí hospicové péči v ČR – Závěrečná zpráva projektu č.23/13/NAP v rámci programu Ministerstva zdravotnictví „Národní akční plány a koncepce“*. Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. 2013.

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1: Seznam ordinací „Centra bolesti“ ve Středočeském a Ústeckém kraji .....	82
Příloha č. 2: Seznam oslovených agentur domácí péče k vyplnění dotazníku .....	83
Příloha č. 3: Průvodní dopis k dotazníkům.....	86
Příloha č. 4: Dotazník pro praktické lékaře .....	87
Příloha č. 5: Dotazník pro všeobecné sestry .....	89
Příloha č. 6: Nabídka poskytovaných služeb pro praktické lékaře .....	91

## Seznam tabulek

Tabulka č. 1 Rozložení respondentů praktických lékařů podle pohlaví .....	36
Tabulka č. 2 Rozložení respondentů praktických lékařů podle věku .....	37
Tabulka č. 3 Rozložení respondentů praktických lékařů podle kraje .....	37
Tabulka č. 4 Četnosti odpovědí praktických lékařů na otázku č. 1 .....	38
Tabulka č. 5 Četnosti odpovědí praktických lékařů na otázku č. 2 .....	39
Tabulka č. 6 Četnosti odpovědí praktických lékařů na otázku č. 4 .....	40
Tabulka č. 7 Četnosti odpovědí praktických lékařů na otázku č. 5 .....	42
Tabulka č. 8 Četnosti odpovědí praktických lékařů na otázku č. 7 .....	44
Tabulka č. 9 Rozložení respondentů všeobecných sester podle pohlaví .....	45
Tabulka č. 10 Rozložení respondentů všeobecných sester podle věku .....	46
Tabulka č. 11 Rozložení respondentů všeobecných sester podle kraje .....	46
Tabulka č. 12 Četnosti vzdělání všeobecných sester .....	47
Tabulka č. 13 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 1 .....	49
Tabulka č. 14 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 5 .....	50
Tabulka č. 15 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 7 .....	52
Tabulka č. 16 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 8 .....	53
Tabulka č. 17 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 3 .....	56
Tabulka č. 18 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 4 .....	57
Tabulka č. 19 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 6 .....	60
Tabulka č. 20 Četnosti odpovědí na otázku č. 3 u praktických lékařů .....	62
Tabulka č. 21 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 9 .....	64
Tabulka č. 22 Četnosti odpovědí na otázku č. 6 u praktických lékařů .....	66



## **Seznam grafů**

Graf č. 1 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 2 ..... 59

Graf č. 2 Četnosti odpovědí všeobecných sester na otázku č. 6 ..... 60

## **Přílohy**

**Příloha č. 1: Seznam ordinací „Centra bolesti“ ve Středočeském a Ústeckém kraji**

### **STŘEDOČESKÝ KRAJ**

- Ambulance bolesti NaSZZ (Nymburk) (Boleslavská 425, Nymburk)
- Ambulance léčby bolesti Nemocnice Kutná Hora (Vojtěšská 237, Kutná Hora)
- Ambulance léčby bolesti Ambulance LB (Mladá Boleslav) (Jiráskova 1320, Mladá Boleslav)
- Ambulance léčby bolesti Nemocnice Mladá Boleslav (V. Klementa 147, Mladá Boleslav)
- Ambulance pro léčbu bolesti Soukromá ambulance (Beroun) (Wágnerovo náměstí 1541, Beroun)
- Ambulance pro léčbu bolesti Městská nemocnice Čáslav (Jeníkova 348, Čáslav)
- Ambulance pro léčbu bolesti Nemocnice Slaný (Tř. Politických vězňů 576, Slaný)
- Ambulance pro léčbu bolesti, ARO Nemocnice Rudolfa a Stefanie (Benešov) (Máchova 40, Benešov)
- PLATON s.r.o. Soukromá ambulance (Kladno) (Vašíčkova 3081, Kladno)
- Poradna pro léčbu bolesti, ARO Nemocnice Příbram (U nemocnice 84, Příbram)

### **ÚSTECKÝ KRAJ**

- Ambulance bolesti Soukromá ambulance (Ústí nad Labem) (Pasteurova 7, Ústí nad Labem)
- Ambulance bolesti, ARO Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o.z. (Sociální péče 3316, Ústí nad Labem)
- Ambulance léčby bolesti Městská nemocnice Litoměřice (Žitenická 18, Litoměřice)
- Oddělení komplexní rehabilitace a léčby bolesti Soukromá ambulance (Litvínov) (Žižkova 151, Litvínov)
- Oddělení komplexní rehabilitace a léčby bolesti Harmonie Soukromá ambulance (Most) (Kmochova 1850, Most)
- Poradna pro léčbu bolesti Nemocnice Teplice (Duchcovská 53, Teplice)
- Poradna pro léčbu bolesti Nemocnice Most (J. E. Purkyňe 270/5, Most)
- Samostatné anesteziologické pracoviště-Ambulance bolesti ALMEDEA s.r.o. Nemocnice Teplice (Duchcovská 53, Teplice)

**Příloha č. 2: Seznam oslovených agentur domácí péče k vyplnění dotazníku**  
**STŘEDOČESKÝ KRAJ**

- Domácí zdravotní péče - Kolín
- Agentura domácí zdravotní péče - Nižbor
- Městské centrum komplexní péče
- Loudová Marta - geriatrická sestra
- MALYRA - ošetrovatelské a rehabilitační služby
- Domácí zdravotní péče, Odolena Voda, č. d. 306
- Domácí zdravotní péče, Čelákovice, Staňkovského 1643
- Charitat. ošetrov. služba Home-care
- Home-care - Bendová
- Domácí zdravotní péče, Říčany, Politických vězňů 1233
- Sam. zař.SŠ - Home-care
- NZZ - Hrubá Ivana domácí zdravotní péče
- Home care Hanzlíková
- Česká kat. Charita - Home-care, Dobřichovice, Všenorská 654
- Česká kat. Charita - Home-care, Řevnice, nám. Jiřího z Poděbrad 20
- Domácí zdravotnická péče - homecare - Blažková
- HOME-CARE SERVICES & SUPPLIES,s.r.o
- Komplexní dom. péče Naděje
- Šišková Jana - agentura domácí péče JANA
- Agentura domácí péče KRUH
- Domácí zdravotní péče, Vlašim, Husovo náměstí 46
- Farní charita - Vlašim
- Domácí ošetrovatelská péče, Příbram, Na Příkopech 103
- Ošetrovatelská péče - SANCO
- Domácí ošetrovatelská péče, Příbram, Žežice 20
- Středisko Charitní ošetrovatelské služby
- Středisko domácí ošetrovatelské péče Romana Stolaříková
- Domácí ošetrovatelská péče, Nižbor, č.d. 85
- Agentura domácí péče - Veronika Toušová
- Domácí péče Veronika Toušlová
- Domácí ošetrovatelská péče - Zlatuše Lüftnerová

- Domácí péče, Unhošť, Rašínova 351
- Domácí péče, Pozdeň, č.d. 62
- Domácí zdravotní péče, Mělník, Na vyhlídce 18
- Český červený kříž, Mělník, Kokořínská 3465
- Farní Charita Neratovice, Neratovice, Kojetická 1021, domácí péče
- Domácí zdravotní péče Alice
- Domácí zdravotní péče, Kolín II, V břízách 478
- Domácí ošetrovatelská péče ČČK Alice
- Dům domácí péče - Samopše
- Charitní ošetrovatel.sluzba v rodinách
- Měst.cent.komp.péče (penzion pro důchodce+domácí péče)
- Domácí ošetrovatelská péče - Kholová Zdeňka

## **ÚSTECKÝ KRAJ**

- Domácí zdravotní péče, Radonice u Kadaně, Radonice 200
- BLANKA - Domácí ošetr.péče
- Domácí péče ČČK ALICE
- Farní Charita Litoměřice - Charitní ošetrovatelská a pečovatelská služba
- Oblastní spolek ČČK-Litoměřice
- Domácí ošetrovatelská péče, Teplice, Wolkerova 2
- Diecezní charita - CHOPS
- Domácí zdravotní péče - Lochařová Jaroslava
- Domácí zdravotní péče, Kadaň, Na Stážišti 1865
- Domácí zdravotní péče, Kadaň, Na podlesí 1435
- Domácí zdravotní péče, Kadaň, Poštovní 953
- Domácí zdravotní péče, Kadaň, Fučíkova 1088
- Ošetrovateská a pečovatelská služba UL
- Agentura domácí péče, Ústí nad Labem, Špitálské náměstí 1050
- MEDICAL endler,s.r.o.-dom. zdrav. péče
- Domácí zdrav. péče NADĚJE, Ústí nad Labem, Presslova 2
- Domácí zdravotní péče, Ústí nad Labem, Brandtova 3280
- HOME CARE SERVICES & SUPPLIES, s.r.o.

- Domáci ošetrovatelská péče - Anna Horynová - agentura ANNA
- Domáci zdravotní péče, Radonice u Kadaně, Radonice 200
- Tenklová Alena
- Domáci zdravotní péče - Blahutová Máša
- Agentura domácí péče - Viktoria
- Domáci zdravotní péče, Klášterec nad Ohří, Průsek 625
- Domáci zdravotní péče, Klášterec nad Ohří, 17.listopadu 524
- Agentura domácí péče - Sebránková
- Agentura zdravotních sester domácí péče - Baxová Vaňková
- Agentura zdravotních sester domácí péče - Dušková
- Domáci péče ARNIKA, Krátká Alena
- Centrum domácí péče, s.r.o.
- Domáci péče MEDIKA-SERVIS - Havelková Jarmila
- Domáci ošetrovatelská péče, Mnetěš, č.d. 184
- Domáci zdravotní péče, Radonice, č.d. 200
- Kopecká Marie - Home care
- Krajčovičová Dana - domácí ošetrovatelská péče
- NOEMA - komplexní domácí péče
- ALICE - domácí ošetrovatelská péče
- Komplexní domácí péče NADĚJE, Roudnice nad Labem, Jungmanova 1024
- Domáci ošetrovatelská péče, Dubí I, Krušnohorská 41
- Domáci ošetrovatelská péče Melicharová Alena
- Domáci ošetrovatelská péče, Duchcov, Družby 9
- Stacionář Naděje 2000
- Domáci zdravotní péče, Jirkov, Starý Březanec 184
- Domáci zdrav. péče NADĚJE, Jirkov, Sadová 57

### **Příloha č. 3: Průvodní dopis k dotazníkům**

Vážený pane doktore, vážená paní doktorko/Vážená kolegyně,

pracuji již 18 let jako všeobecná sestra v agentuře domácí péče a v současné době studuji na Ústavu zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci bakalářský studijní obor Všeobecná sestra.

Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, který mi bude podkladem pro vytvoření výzkumné části bakalářské práce se zaměřením na téma „Paliativní ošetrovatelská péče jako součást práce všeobecné sestry v domácí péči“. Vyplnění dotazníku je dobrovolné a výsledky získané statistickým zhodnocením odpovědí budou použity výhradně pro obhajobu bakalářské práce. U jednotlivých otázek vyberte variantu, která nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

V případě jakýchkoliv nejasností či dotazů se můžete obrátit na mne nebo mou vedoucí bakalářské práce, paní Mgr. Kateřinu Mařanovou, na tel. čísle 48 535 3725 nebo na emailové adrese: katerina.maranova@tul.cz.

Děkuji za čas, který jste věnoval/věnovala vyplnění dotazníku k mé bakalářské práci.

S pozdravem

Renata Tryhubová  
tel. +420 602 107 574  
email: tryhubova.r@gmail.com

**Příloha č. 4: Dotazník pro praktické lékaře**

**DOTAZNÍK PRO OŠETŘUJÍCÍ LÉKAŘE V AMBULANCÍCH PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ**

**I. Sociodemografické údaje**

**1. Pohlaví:**

- ☐ muž
- ☐ žena

**2. Věk:**

- ☐ do 30 let
- ☐ 31-50 let
- ☐ 51-60 let
- ☐ více než 61 let

**3. Kraj, ve kterém pracuji:**

- ☐ Středočeský
- ☐ Ústecký

**II. Otevřené otázky**

1. Definujte pojem paliativní péče:

.....

.....

**III. Zaškrťovací otázky**

**1. Fungují ve Vašem kraji agentury domácí péče?**

- ☐ Ano.
- ☐ Nejsem si vědom možnosti této služby.
- ☐ Ne.

**2. Spolupracujete s agenturou domácí péče?**

- ☐ Ano, spolupracuji.
- ☐ Ne, ale uvažuji o spolupráci.
- ☐ Ne, nespolupracuji.

**Odpovídejte pouze, pokud jste na otázku č. 2 odpověděl ANO.**

**3. Pokud byste měl mít v péči pacienta v preterminálním nebo terminálním stadiu onemocnění, u kterého rodina požádá o péči v domácím prostředí, jak byste řešil situaci?**

- ☐ Rodině vysvětlím náročnost péče, a pokud přesto souhlasí s ošetřováním pacienta v domácím prostředí, doporučím automaticky spolupráci s agenturou domácí péče a ponechám pacienta doma.
- ☐ Rodině vysvětlím náročnost péče a raději doporučím hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení.
- ☐ Rodině vysvětlím náročnost péče a raději doporučím domácí hospicovou péči.  
Rodině vysvětlím náročnost péče a raději doporučím hospicovou péči v zařízení.

**4. Jste nakloněn předepisování indikací jako např. aplikace infuzí, kontinuální i.v. aplikace injekční pumpou, aplikace analgetické léčby, aplikace inhalační terapie apod.) v případě**

**ponechání pacienta v preterminálním a terminálním stádiu nemoci v domácím prostředí pro zajištění kvalitní paliativní ošetrovatelské péče?**

- ☐ Ano vždy, pokud má agentura domácí péče prostředky k jejich zajištění
- ☐ Ano, ale pouze ve výjimečných případech, pokud má agentura domácí péče prostředky k jejich zajištění
- ☐ Ne i přesto, že by měla agentura domácí péče prostředky pro jejich zajištění
- ☐ Ne, zastávám názor, že indikace tohoto druhu patří pouze do zdravotnických zařízení
- ☐ Indikace tohoto druhu jsem zatím agenturám domácí péče nemusel předepisovat

**5. Provádíte pravidelné kontroly (návštěvy v domácím prostředí) u pacientů v preterminálním nebo terminálním stadiu onemocnění?**

- ☐ Ne, jezdím pouze na telefonické vyžádání /zavolání agentury domácí péče nebo rodiny pacienta.
- ☐ Zdravotní stav konzultuji s agenturou domácí péče, dle doporučení a požádání agentury domácí péče jezdím na návštěvy.
- ☐ Ano, jezdím pravidelně 1-2x týdně.
- ☐ Jezdím dle doporučení u pacientů ošetřovaných agenturou domácí péče 1x za 3 měsíce.
- ☐ Jiné (doplňte): .....

**6. Jak řešíte léčbu bolesti u pacientů v preterminálním a terminálním stadiu onemocnění?**

- ☐ Předepíši neopiátová analgetika.
- ☐ Předepíši středně silný opiát + neopiátové analgetikum + neopiátová analgetika.
- ☐ Předepíši silný opiát + neopiátové analgetikum + neopiátová analgetika.
- ☐ Objednám pacienta do ordinace „Centra léčby bolesti“.
- ☐ Řeším individuálně dle zdravotního stavu a posouzení pacienta a hodnocení dle analogové škály bolesti.
- ☐ Kombinace výše uvedených.

**7. Jaká je zpětná vazba mezi Vámi a agenturou domácí péče o účincích analgetické léčby?**

Agentura domácí péče mě informuje o účincích analgetické léčby prostřednictvím:

- ☐ Osobního rozhovoru
- ☐ Telefonického hovoru
- ☐ Písemné zprávy o zdravotním stavu pacienta
- ☐ Agentura domácí péče mě neinformuje
- ☐ Jiné (doplňte): .....



## DOTAZNÍK PRO VŠEOBECNÉ SESTRY

### I. Sociodemografické údaje

**1. Pohlaví:**

- ☐ muž
- ☐ žena

**2. Věk:**

- ☐ do 30 let
- ☐ 31-50 let
- ☐ 51-60 let
- ☐ více než 61 let

**3. Kraj, ve kterém pracuji:**

- ☐ Středočeský
- ☐ Ústecký

**4. Vzdělání, kvalifikace:**

- ☐ Všeobecná sestra s registrací
- ☐ Všeobecná sestra s certifikovaným kurzem pro domácí péči
- ☐ Všeobecná sestra s certifikovaným kurzem pro komunitní péči
- ☐ Sestra se speciální přípravou v péči o staré a dlouhodobě nemocné
- ☐ Sestra s přípravou ve speciálním úseku práce v domácí péči
- ☐ Všeobecná sestra s certifikovaným kurzem pro paliativní péči
- ☐ Jiné (doplňte): .....

### II. Otevřené otázky

1. Definujte pojem paliativní péče:

.....

### III. Zaškrťovací otázky

- 1. Pracujete v agentuře domácí péče, která je schopna zajistit na základě indikace lékaře péči o pacienty v preterminálním nebo terminálním stádiu onemocnění?**

- ☐ Ano
- ☐ Ne
- ☐ Nevím

- 2. Jakými pomůckami disponuje Vaše agentura domácí péče?**

- ☐ Polohovací postel
- ☐ Antidekubitní matrace
- ☐ Odsávačka
- ☐ Inzulínová pumpa
- ☐ Lineární dávkovač
- ☐ Infuzní terapie dle ordinace
- ☐ Podávání kyslíku dle ordinace
- ☐ Aplikace opiátů dle ordinace
- ☐ Jiné (doplňte):.....

**3. Nabízí Vaše agentura domácí péče dostupnost 24 hodin/7 dní v týdnu?**

- ☐ Ano
- ☐ Ne

**4. Jak je tato péče ve Vaší agentuře domácí péče zabezpečena?**

- ☐ Pohotovostí na stabilním telefonním čísle 24 hodin/7 dní v týdnu
- ☐ Jiné (doplňte): .....

**5. Jsou podle Vás praktičtí lékaři informováni o možnostech Vaší agentury pro zajištění ošetrovatelské péče pacientům v preterminálním nebo terminálním stádiu onemocnění?**

- ☐ Ano, jsou informováni.
- ☐ Nevím, zda jsou informováni.
- ☐ Ne, nejsou informováni.

**6. Je ve Vaší agentuře domácí péče možnost využití multiprofesní týmové spolupráce (pokud ano, zaškrtněte, jaké)?**

- ☐ Ne, není.
- ☐ Ano, je.
  - ☐ psycholog
  - ☐ odborný specialista
  - ☐ nutriční terapeut
  - ☐ jiné (doplňte): .....

**7. Jak dle Vašich zkušeností řeší praktičtí lékaři, se kterými spolupracujete, nejčastěji případy, kdy chce rodina pečovat o pacienta v preterminálním nebo terminálním stádiu onemocnění v domácím prostředí?**

- ☐ Pokud je rodina schopna o pacienta pečovat sama, ponechají jej v domácím prostředí.
- ☐ Pokud není schopna rodina zvládat péči sama a bude chtít ponechat pacienta v domácím prostředí, doporučí rodině pomoc agentury domácí péče.
- ☐ Upřednostní hospitalizaci pacienta ve zdravotnickém zařízení.
- ☐ Upřednostní domácí hospicovou péči.
- ☐ Upřednostní umístění pacienta v hospicovém zařízení.

**8. Jak Vaši praktičtí lékaři řeší otázku bolesti?**

- ☐ Předepíše neopiátová analgetika.
- ☐ Předepíše středně silný opiát + neopiátové analgetikum + neopiátová analgetika.
- ☐ Předepíše silný opiát + neopiátové analgetikum + neopiátová analgetika.
- ☐ Objednají pacienta do ordinace „Centra léčby bolesti“.
- ☐ Řeší individuálně dle zdravotního stavu a posouzení pacienta a hodnocení dle analogové škály bolesti.
- ☐ Kombinace výše uvedených.
- ☐ Otázku bolesti neřeší

**9. Jak řešíte otázku bolesti Vy jako sestra (zaškrtněte možné odpovědi):**

- ☐ Sleduji účinek předepsané analgetické léčby (VAS, numerická stupnice, slovní zhodnocení).
- ☐ Provádím záznamy o bolesti v ošetrovatelské dokumentaci.
- ☐ Informuji praktického lékaře o účincích analgetické léčby.
- ☐ Jiné (doplňte): .....

## NABÍDKA POSKYTOVANÝCH SLUŽEB DOMÁČÍ PÉČE PRO PRAKTICKÉ LÉKAŘE

**Vážená paní doktorko, vážený pane doktore.**

Cílem této nabídky je poskytnutí informací o naší domácí péči, o  
možnostech péče, kterou jsme schopny poskytnout Vaším  
pacientům.



Naše agentura domácí péče

(název).....

má/ nemá trvalou dostupnost 24hodin denně/ 7dní v týdnu

Naše dostupnost péče je/ není zabezpečena na pohotovostním telefonním  
čísle.....

Naše agentura Vám může nabídnout tyto služby na základě Vaší indikace:

- o zavedení, ukončení domácí péče
- o vyšetření stavu pacienta sestrou ve vlastním sociálním prostředí (kontrola všech fyziologických funkcí, hladiny cukru v krvi, ...)
- o odběr biologického materiálu (krve, moče, stolice, výtěry, ...)
- o aplikace ordinované parenterální terapie pro zajištění hydratace (infuzní terapie, analgetická terapie dle ordinace pomocí lineárního dávkovače, ...)
- o ošetření stomií (tracheostomie, kolostomie, ileostomie, nefrostomie, ...)
- o lokální ošetření – převazy bércových vředů, pooperačních ran, ošetření okolí drénů, péče o diabetickou nohu
- o klyzma, výplachy, cévkování žen, výměna a ošetření permanentních katetrů u žen
- o cévkování u mužů, výměna a ošetření permanentních katetrů u mužů
- o aplikace léčebné terapie (aplikace injekcí, mastí, podávání léků, ...)
- o aplikace inhalační terapie
- o aplikace kyslíku
- o nácvik a zaučování aplikace inzulínu, edukace diabetiků
- o péče o klienty v terminálním stádiu všech nemocí, paliativní péče, péče o umírající
- o péče o onkologické pacienty - zajištění výživy, hydratace, převazy, odběry
- o management bolesti - aplikace analgetik, včetně opiátů
- o pooperační stavy - jednodenní chirurgie, zkrácení doby hospitalizace po náročných operacích

Naše agentura má/ nemá možnost zapůjčení zdravotních pomůcek pro pacienty.

Disponujeme těmito pomůckami:

- o polohovací postel
- o antidekubitní matrace
- o odsávačka
- o inzulínová pumpa
- o lineární dávkovač
- o infuzní terapie
- o podávání kyslíku
- o chodítka
- o francouzské hole, podpažní berle

jiné:.....